

**Manual de terapia cognitivo-comportamental
para o transtorno obsessivo-compulsivo | 2^a edição**

**Aristides Volpato Cordioli
organizador**



Nota: A medicina é uma ciência em constante evolução. À medida que novas pesquisas e a experiência clínica ampliam o nosso conhecimento, são necessárias modificações no tratamento e na farmacoterapia. Os organizadores/coautores desta obra consultaram as fontes consideradas confiáveis, num esforço para oferecer informações completas e, geralmente, de acordo com os padrões aceitos à época da publicação. Entretanto, tendo em vista a possibilidade de falha humana ou de alterações nas ciências médicas, os leitores devem confirmar estas informações com outras fontes. Por exemplo, e em particular, os leitores são aconselhados a conferir a bula de qualquer medicamento que pretendam administrar, para se certificar de que a informação contida neste livro está correta e de que não houve alteração na dose recomendada nem nas contraindicações para o seu uso. Essa recomendação é particularmente importante em relação a medicamentos novos ou raramente usados.



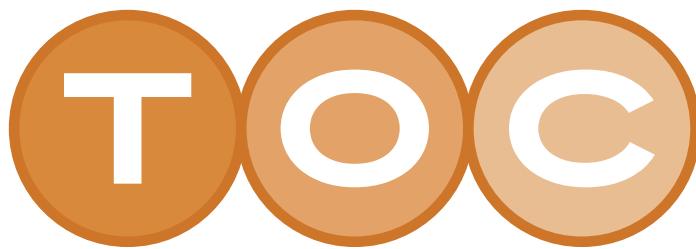
T631 TOC [recurso eletrônico] : manual de terapia cognitivo-comportamental para o transtorno obsessivo-compulsivo / Organizador, Aristides Volpato Cordioli. – 2. ed. – Dados eletrônicos. – Porto Alegre : Artmed, 2014.

Editedo também como livro impresso em 2014.
ISBN 978-85-8271-028-9

1. Psiquiatria.
2. Terapia cognitivo-comportamental.
3. TOC – Transtorno obsessivo-compulsivo. I. Cordioli, Aristides Volpato.

CDU 616.89-008.441

Catalogação na publicação: Ana Paula M. Magnus – CRB 10/2052



Manual de terapia cognitivo-comportamental para o transtorno obsessivo-compulsivo

| 2^a edição

Aristides Volpato Cordioli
organizador

Versão impressa
desta obra: 2014



2014

© Artmed Editora Ltda., 2014

Gerente editorial: Letícia Bispo de Lima

Colaboraram nesta edição:

Coordenadora editorial: Cláudia Bittencourt

Assistente editorial: André Luís Lima

Capa: Maurício Pamplona

Preparação de originais: Camila Wisnieski Heck

Leitura final: Amanda Munari

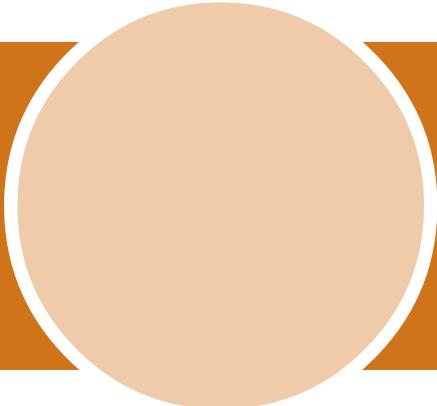
Projeto gráfico e editoração: TIPOS – design editorial e fotografia

Reservados todos os direitos de publicação à
ARTMED EDITORA LTDA., uma empresa do GRUPO A EDUCAÇÃO S.A.
Av. Jerônimo de Ornelas, 670 – Santana
90040-340 – Porto Alegre, RS
Fone: (51) 3027-7000 Fax: (51) 3027-7070

É proibida a duplicação ou reprodução deste volume, no todo ou em parte,
sob quaisquer formas ou por quaisquer meios (eletrônico, mecânico, gravação,
fotocópia, distribuição na Web e outros), sem permissão expressa da Editora.

SÃO PAULO
Av. Embaixador Macedo de Soares, 10.735 – Pavilhão 5
Cond. Espace Center – Vila Anastácio
05095-035 – São Paulo – SP
Fone: (11) 3665-1100 Fax: (11) 3667-1333

SAC 0800 703-3444 – www.grupoa.com.br



Autores

Aristides Volpato Cordioli (Org.)

Psiquiatra. Doutor em Ciências Médicas: Psiquiatria pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Professor aposentado do Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da UFRGS.

Cristiane Flôres Bortoncello

Psicóloga. Especialista em Terapia Cognitivo-comportamental pelo Instituto da Família (INFAPA). Mestre em Ciências Médicas: Psiquiatria pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Membro fundador e Vice-presidente da Associação de Terapias Cognitivas (2013-2016).

Daniela Tusi Braga

Psicóloga. Formação em Dessensibilização e Reprocessamento por Meio dos Movimentos Oculares (EMDR) pelo EMDR International Association. Mestre e Doutora em Ciências Médicas: Psiquiatria pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Professora do Curso de Especialização em Terapias Cognitivo-comportamentais do Instituto da Família (INFAPA). Supervisora do Curso de Especialização em Terapia Cognitivo-comportamental na Infância e Adolescência do INFAPA.

Juliana Braga Gomes

Psicóloga e Pedagoga. Especialista em Terapia Cognitivo-comportamental pelo Instituto da Família (INFAPA). Mestre em Ciências Médicas: Psiquiatria pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Doutoranda em Ciências Médicas: Psiquiatria na UFRGS. Pesquisadora do Programa dos Transtornos de Ansiedade do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (PROTAN- HCPA). Membro fundador da Associação de Terapias Cognitivas do Rio Grande do Sul (ATC-RS).

Lucas Lovato

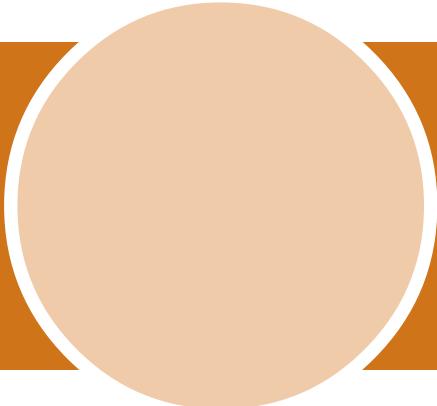
Psiquiatra. Mestre em Psiquiatria pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Médico contratado do Serviço de Psiquiatria do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA).

Luciano Isolan

Psiquiatra da Infância e Adolescência. Mestre e Doutor em Psiquiatria pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

Marcelo Basso de Sousa

Psiquiatra. Mestre em Psiquiatria pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Supervisor do Programa dos Transtornos de Ansiedade do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (PROTAN- HCPA).



Prefácio

O interesse pelo transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) aumentou extraordinariamente nas últimas duas décadas, e, desde o lançamento da primeira edição de *TOC: manual de terapia cognitivo-comportamental para o transtorno obsessivo-compulsivo*, uma impressionante quantidade de artigos foi publicada, permitindo uma melhor compreensão das diferentes formas de apresentação, dos aspectos neurobiológicos, comportamentais e cognitivos do transtorno, bem como novas formas de auxiliar os indivíduos acometidos pela doença. Estava na hora, portanto, de revisá-la, incorporar esses novos conhecimentos e preencher algumas lacunas daquela edição. Para essa ambiciosa tarefa, convidei um grupo de colegas, a maioria ex-alunos de pós-graduação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), que elaboraram suas dissertações e teses abordando o TOC, continuam estudando o transtorno e prontamente aceitaram o convite. E essa é uma primeira novidade desta edição: dela participam vários coautores, o que possibilitou uma revisão muito mais profunda e abrangente de todos os tópicos abordados.

Além disso, recentemente foi lançada uma nova edição do *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*, o DSM-5, que, jun-

tamente com a *Classificação internacional de doenças*, a CID, estabelece os critérios que norteiam o diagnóstico psiquiátrico em todo o mundo. Essa nova edição trouxe importantes implicações no que se refere ao diagnóstico do TOC. Ele deixou de ser considerado um transtorno de ansiedade e foi incluído em um grupo novo, denominado “Transtorno obsessivo-compulsivo e transtornos relacionados”, em que também há alguns transtornos considerados do espectro obsessivo-compulsivo, como a tricotilomania, o transtorno de escoriação (automutilar-se, roer unhas), o transtorno dismórfico corporal e o transtorno de acumulação (antigo colecionismo). Em especial, foram feitas importantes modificações no que se refere ao comportamento de acumular compulsivamente, que passou a ser considerado um transtorno distinto do TOC, denominado de transtorno de acumulação, embora inserido no mesmo grupo dos transtornos relacionados ao TOC. Assim, todo o texto desta edição foi revisado e adaptado para a nova nomenclatura do DSM-5, em particular os capítulos que abordam o diagnóstico do transtorno e a acumulação compulsiva.

O leitor encontrará nesta segunda edição todos os capítulos da edição anterior revisa-

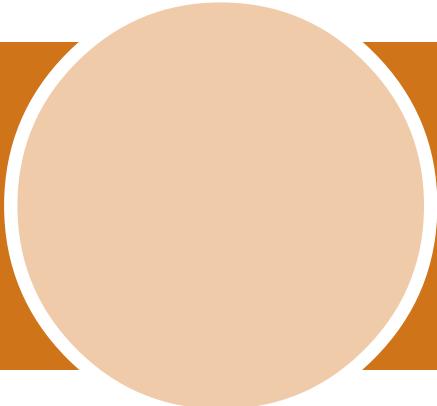
dos, ampliados e em dia com o conhecimento atual sobre o TOC tanto no que refere à neurobiologia como, especialmente, no que se refere aos modelos psicológicos que fundamentam a terapia cognitivo-comportamental do transtorno. Encontrará, ainda, capítulos inéditos, que não faziam parte da primeira edição: a avaliação clínica do paciente com TOC, a terapia cognitivo-comportamental em grupo para pacientes com o transtorno e o TOC na infância e na adolescência. Destaque deve ser dado para o capítulo também inédito que aborda as dificuldades que com muita frequência ocorrem no tratamento dos pacientes com TOC, intitulado “Quando o tratamento não funciona”, no qual os autores descrevem as razões para a não resposta ao tratamento, bem como alternativas de abordagem de pacientes considerados difíceis ou refratários e que não respondem às intervenções convencionais.

Nesta nova edição foi criada também uma seção de anexos, em que constam formulários e instrumentos de uso clínico, com o acréscimo de alguns instrumentos que não constavam da edição anterior, como o Inventário de Obsessões e Compulsões (OCI-R), o Obsessional Beliefs Questionnaire (OBQ-44) e a Escala de Acomodação Familiar para o transtorno obsessivo-compulsivo pontuada pelo entrevistador (FAS-IR) – instrumentos traduzidos e adaptados para o português por alguns dos colegas colaboradores. Os demais formulários também foram revisados e atualizados.

Foi dado destaque para a descrição mais detalhada dos modelos cognitivos que se revelaram úteis para a compreensão de determinadas manifestações obsessivas e para as intervenções cognitivas associadas a técnicas de exposição e prevenção de resposta. Esses novos modelos têm se revelado particularmente úteis na compreensão e no manejo das dúvidas obsessivas, das obsessões de conteúdo violento, sexual ou blasfemo inaceitáveis. É importante lembrar que estas últimas manifestações eram

consideradas até a pouco de difícil abordagem. Os novos *insights* estão possibilitando tratar com sucesso esses pacientes. No capítulo sobre medos de contaminação e lavagens excessivas foram incluídos conteúdos novos, como a questão da poluição mental e o pensamento mágico subjacentes aos rituais de limpeza e evitações. São alguns exemplos que ilustram as diferenças da atual edição em relação à anterior e que certamente serão apreciados pelos leitores.

Da mesma forma que na primeira edição, houve uma preocupação por parte dos autores em produzir um texto claro, didático, simples, de leitura agradável, mas solidamente embasado na pesquisa acadêmica. Além da especificação dos objetivos, dos destaques, figuras e tabelas, ao final de cada capítulo o leitor encontrará um pequeno resumo destacando os conteúdos relevantes. Abundantemente ilustrado com exemplos clínicos, o livro destina-se primeiramente a auxiliar o profissional em sua prática clínica, em particular na terapia cognitivo-comportamental do TOC. No entanto, outras intervenções igualmente importantes mereceram a devida atenção. Nos capítulos que abordam o tratamento das diferentes manifestações do TOC sempre é feita uma referência para a necessidade ou não de se associar o uso de medicamentos antiobsessivos. O leitor interessado encontrará um capítulo especial sobre o uso de psicofármacos, assim como com informações sobre neurocirurgia e sobre o uso da estimulação cerebral profunda. Também é dada ênfase à abordagem concomitante da família, especialmente quando existem altos níveis de acomodação familiar, dificultando o progresso do tratamento. Destinado primeiramente aos profissionais da área, *TOC: manual de terapia cognitivo-comportamental* pode ser lido também por leigos e por outras pessoas interessadas em conhecer o transtorno e as alternativas para vencê-lo.



Sumário

PARTE 1 ➤ MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS, DIAGNÓSTICO E ETIOLOGIA DO TOC

- 1 O TOC E AS SUAS MANIFESTAÇÕES 13**
Aristides Volpato Cordioli
- 2 DIAGNÓSTICO DO TOC, DIAGNÓSTICO
DIFERENCIAL E COMORBIDADES 33**
Aristides Volpato Cordioli
- 3 AS BASES BIOLÓGICAS DO TOC 55**
Aristides Volpato Cordioli
- 4 FATORES PSICOLÓGICOS NA GÊNESE
E NA MANUTENÇÃO DO TOC 77**
Aristides Volpato Cordioli

PARTE 2 ➤ A TERAPIA COGNITIVO- COMPORTAMENTAL DO TOC

- 5 A TERAPIA DE EXPOSIÇÃO E PREVENÇÃO
DE RESPOSTA: HISTÓRICO,
FUNDAMENTOS E TÉCNICAS 99**
Aristides Volpato Cordioli
- 6 TÉCNICAS COGNITIVAS NO TRATAMENTO
DE PACIENTES COM TOC 117**
Aristides Volpato Cordioli
Cristiane Flôres Bortoncello
Daniela Tusi Braga

- 7 AVALIAÇÃO CLÍNICA DO
PACIENTE COM TOC 136**
Aristides Volpato Cordioli
- 8 O INÍCIO DA TERAPIA
COGNITIVO-COMPORTAMENTAL 155**
Aristides Volpato Cordioli
- 9 A CONTINUAÇÃO DA
TERAPIA, A ALTA E A
PREVENÇÃO DE RECAÍDAS 172**
Aristides Volpato Cordioli

PARTE 3 ➤ A TERAPIA COGNITIVO- COMPORTAMENTAL NO TRATAMENTO DAS DIFERENTES MANIFESTAÇÕES DO TOC

- 10 MEDOS DE CONTAMINAÇÃO
E LAVAGENS EXCESSIVAS 191**
Aristides Volpato Cordioli
- 11 DÚVIDAS OBSESSIVAS E
VERIFICAÇÕES COMPULSIVAS 215**
Aristides Volpato Cordioli
- 12 OBSESSÕES DE CONTEÚDO
AGRESSIVO, SEXUAL OU
BLASFEMO, PENSAMENTOS
E RITUAIS SUPERSTICIOSOS 238**
Aristides Volpato Cordioli

13 OBSESSÕES E COMPULSÕES POR SIMETRIA, ORDENAÇÃO, SEQUÊNCIA OU ALINHAMENTO 261

Cristiane Flôres Bortoncello
Aristides Volpato Cordioli

14 ACUMULAÇÃO COMPULSIVA E TRANSTORNO DE ACUMULAÇÃO 278

Aristides Volpato Cordioli
Daniela Tusi Braga

PARTE 4 > FARMACOTERAPIA E TRATAMENTOS ESPECIAIS NO TOC

15 O USO DE MEDICAMENTOS NO TRATAMENTO DO TOC 303

Lucas Lovato
Aristides Volpato Cordioli

16 QUANDO O TRATAMENTO NÃO FUNCIONA 314

Marcelo Basso de Sousa
Aristides Volpato Cordioli

PARTE 5 > TÓPICOS ESPECIAIS

17 O TOC E A FAMÍLIA 337

Juliana Braga Gomes
Aristides Volpato Cordioli

18 TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL EM GRUPO PARA PACIENTES COM TOC 351

Daniela Tusi Braga
Aristides Volpato Cordioli

19 TRANSTORNOS RELACIONADOS AO TOC E TCC DO TRANSTORNO DISMÓRFICO CORPORAL, DAS GROOMING DISORDERS E DA HIPOCONDRIA 370

Lucas Lovato
Aristides Volpato Cordioli

20 O TOC NA INFÂNCIA E NA ADOLESCÊNCIA 390

Cristiane Flôres Bortoncello
Juliana Braga Gomes
Daniela Tusi Braga
Luciano Isolan
Aristides Volpato Cordioli

> ANEXOS

**FORMULÁRIO 1 >
POSSO TER TOC? 415**

**FORMULÁRIO 2 >
LISTA DE SINTOMAS TOC 416**

**FORMULÁRIO 3 >
ESCALA DE SINTOMAS OBSESSIVO-COMPULSIVOS YALE-BROWN (Y-BOCS) 426**

**FORMULÁRIO 4 >
INVENTÁRIO DE OBSESSÕES E COMPULSÕES (OCI-R) 430**

**FORMULÁRIO 5 >
DIÁRIO DE SINTOMA OU MAPA DO TOC 432**

**FORMULÁRIO 6 >
REGISTRO DE PENSAMENTOS DISFUNCIONAIS 434**

**FORMULÁRIO 7 >
OBSESSONAL BELIEFS QUESTIONNAIRE (OBQ-44) 436**

**FORMULÁRIO 8 >
ESCALA DE ACOMODAÇÃO FAMILIAR PARA O TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO PONTUADA PELO ENTREVISTADOR (FAS-IR) 439**

ÍNDICE 445

P A R T E

1

Manifestações clínicas, diagnóstico e etiologia do TOC

1

ARISTIDES VOLPATO CORDIOLI

O TOC e as suas manifestações

OBJETIVOS

- Conhecer as manifestações clínicas do transtorno obsessivo-compulsivo (TOC).
- Compreender o que são obsessões, compulsões, evitações e neutralizações, assim como saber distingui-las.
- Conhecer as consequências mais comuns dos sintomas obsessivo-compulsivos (OC) na vida do indivíduo e de sua família.
- Compreender a relação entre obsessões, compulsões, evitações e neutralizações.
- Conhecer as apresentações clínicas mais comuns do TOC.

Preocupar-se de forma excessiva com sujeira, ter dúvidas intermináveis, sentir necessidade de verificar repetidamente portas e janelas ou o gás, ser atormentado por pensamentos indeejáveis, acumular grande quantidade de objetos sem utilidade, apresentar preocupação exagerada com ordem, alinhamento ou simetria são alguns dos sintomas do TOC. Conhecidas popularmente como “manias”, essas manifestações atormentam milhares de pessoas em todo o mundo. Muitas vezes, são leves e quase imperceptíveis, mas, não raro, são extremamente graves e até incapacitantes. Estão associadas a ansiedade, medo e culpa, ocupam muito tempo da pessoa acometida e interfrem nas rotinas pessoais, na vida social e na família.

Por vários motivos, o TOC já é considerado um transtorno mental grave. É altamente prevalente na população, em geral acomete os indivíduos de forma precoce e, se não tratado, tende a ser crônico. Os sintomas costumam acompanhar o indivíduo ao longo de toda a vida, tendem a apresentar flutuações em sua intensidade, ora aumentando ora diminuindo, mas, via de regra, raramente desaparecem por completo de forma espontânea.¹

Considerado raro até há pouco tempo, sabe-se hoje que o TOC é um transtorno mental bastante comum, acometendo entre 1,6 e 2,3% das pessoas ao longo da vida, ou 1,2% no período de 12 meses.^{2,3} Uma pesquisa recente em nosso meio avaliou 2.323 adolescentes de 14 a 17 anos, alunos de escolas de ensino médio, e encontrou uma prevalência de TOC de 3,3%.⁴ Calcula-se que aproximadamente 1 em cada 40 a 60 indivíduos na população apresente TOC, e é provável que no Brasil existam entre 3 e 4 milhões de pessoas acometidas pela doença.

Os sintomas do TOC afetam predominantemente indivíduos jovens. Em geral, começam cedo, na adolescência, muitas vezes ainda na infância, com menor frequência após os 18 ou 20 anos, e excepcionalmente após os 40 anos. O TOC que começa na infância é mais comum em meninos e tende a ser mais grave, frequentemente associado a tiques/transtorno de Tourette ou transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH). Em adultos, acomete praticamente na mesma proporção homens e mulheres.

De modo geral, o indivíduo acometido apresenta outros transtornos psiquiátricos concomitantes (comorbidades), o que cria problemas adicionais para o diagnóstico e para o planejamento do tratamento, que tende, nesses casos, a ser mais complexo. Mais de 50% e, segundo alguns estudos, até 70% dos indivíduos com TOC apresentam comorbidades. Sabe-se, por exemplo, que em torno de 40% apresentam depressão associada. É comum, ainda, presença de outros transtornos de ansiedade, de tiques/transtorno de Tourette, de TDAH, dentre outros transtornos.

Os sintomas, não raro, podem ser muito graves e, em aproximadamente 10% dos casos, incapacitantes.⁵ Em uma pesquisa da Organização Mundial da Saúde, o TOC foi considerado a quinta causa de incapacitação em mulhe-

res dos 15 aos 44 anos nos países em desenvolvimento.⁶ Vários desses pacientes mais graves despendem muito do tempo de suas vidas na execução de rituais inúteis ou envolvidos em dúvidas e medos obsessivos. Em alguns casos, o tempo consumido chega a um terço dos anos de vida ou mais.

O TOC é, ainda, um importante fator de risco para separações e divórios, em razão dos constantes conflitos que os sintomas provocam na família, para demissões no trabalho, em razão da interferência na produtividade, e para o insucesso na carreira. Compromete, portanto, de forma inequívoca a vida do indivíduo e a de sua família. Por todos esses motivos, deve ser considerado um transtorno mental grave, comparável em gravidade e em anos de incapacitação a transtornos psiquiátricos como a esquizofrenia e o transtorno do humor bipolar.

Uma das características intrigantes do TOC é a diversidade de suas manifestações (medos de contaminação/lavagens, dúvidas/chegagens, ordem/simetria, obsessões de conteúdo inaceitável, compulsão por acumulação ou colecionismo). Também é muito comum que um mesmo indivíduo apresente mais de um tipo de sintoma e que eles se modifiquem ao longo da vida: enquanto alguns desaparecem por completo, outros surgem, às vezes, com grande intensidade. Em muitos casos, os sintomas não são explícitos, observáveis, mas predominantemente mentais, o que confunde o paciente e costuma dificultar o diagnóstico pelos profissionais.

Muitas das pessoas acometidas pelo TOC nunca foram diagnosticadas e, menos ainda, tratadas, apesar de existirem tratamentos efetivos há mais de 30 anos. Talvez a maioria desconheça que tenha o transtorno, em vez de simples manias ou superstições. Boa parte desconhece a natureza de seus rituais, mesmo quando estes implicam consequências para a

saúde física. Um estudo verificou que 20% dos pacientes de uma clínica dermatológica preenchiam critérios do *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (DSM-IV)⁷ para TOC, que na maioria (95%) não havia sido diagnosticado.⁸ Em uma pesquisa epidemiológica, constatou-se que mais de 90% dos adolescentes de escolas de ensino médio de Porto Alegre que apresentavam TOC nunca haviam sido diagnosticados, e apenas 6,7% haviam sido tratados.⁴ Já os que buscam tratamento geralmente o fazem muito tempo após o início dos sintomas. Um estudo constatou uma demora de 17 anos entre o início dos sintomas e o início do tratamento.⁹ Em nosso meio, um estudo verificou uma demora de 23 anos em média,¹⁰ e outro, de mais de 18 anos.¹¹ Esse atraso se deve, em grande parte, ao desconhecimento da doença, à dificuldade, por parte do próprio paciente, de seus familiares e até mesmo dos profissionais da saúde, de reconhecer os sintomas do TOC. Soma-se a isso, ainda, a dificuldade de encontrar profissionais com experiência em tratar o transtorno, sobretudo em realizar a terapia cognitivo-comportamental (TCC), e que sejam acessíveis, especialmente nos serviços públicos de saúde.

Este capítulo descreve as manifestações clínicas do TOC, suas diferentes apresentações e as estratégias utilizadas pelos pacientes para lidar com seus medos obsessivos.

► AS MANIFESTAÇÕES DO TOC

O TOC frequentemente se caracteriza pela presença de obsessões e/ou compulsões, também chamadas de rituais compulsivos ou simplesmente rituais. Costumam, também, estar presentes manifestações emocionais como medo, ansiedade, culpa, depressão, comportamentos evitativos ou evitações, indecisão, lentidão motora, pensamentos de conteúdo negativo ou catastrófico, apreensão e hipervigilância.

0 QUE SÃO OBSESSÕES

Obsessões são pensamentos, impulsos ou imagens recorrentes e persistentes, experimentados como intrusivos (invadem a consciência contra a vontade da pessoa) e indesejáveis. Causam acentuada ansiedade, medo ou desconforto, interferem nas atividades diárias, nas relações interpessoais ou ocupam boa parte do tempo do indivíduo. As obsessões também podem ser cenas, palavras, frases, números, músicas que o indivíduo não consegue afastar ou suprimir.⁷

As obsessões são ativadas por situações triviais, como chegar ou sair de casa (dúvidas e verificações), usar um banheiro, tocar em objetos como torneira, maçaneta e dinheiro (medo de contaminação). Tais situações são avaliadas como ameaça ou como possibilidade de que ocorra alguma falha ou desastre (contaminar-se, a casa inundar ou incendiar). Provocam ansiedade e medo, e induzem o indivíduo a fazer algo ou a evitar o contato, com o objetivo de afastar a “ameaça”, de reduzir o risco, ou simplesmente de eliminar um desconforto como o nojo – os rituais e as evitações.

As obsessões mais comuns são os medos de contaminação e a preocupação com germes/sujeira, as dúvidas sobre a possibilidade de falhas e a necessidade de ter certeza. Também são comuns pensamentos, impulsos ou imagens indesejáveis e perturbadores de conteúdo violento ou agressivo (ferir outras pessoas), sexual (molestar uma criança) ou blasfemo (ofender a Deus); pensamentos supersticiosos relacionados a números, cores, datas ou horários; preocupação de que as coisas estejam alinhadas e simétricas ou no lugar “certo”; e em armazenar, poupar ou guardar coisas inúteis (acumulação compulsiva).

As obsessões não são sintomas exclusivos do TOC. Elas podem estar presentes em uma variedade de outros transtornos mentais, como nas depressões (ruminações de culpa, desvalia ou desamparo), nos transtornos alimen-

tares (preocupação persistente com o peso ou com as calorias dos alimentos), nos transtornos de impulsos (com aquisições, no comprar compulsivo, ou com o jogo, no jogo patológico). Nesses casos, não deve ser realizado o diagnóstico de TOC, mas desses outros transtornos.

Algumas características auxiliam na identificação das obsessões relacionadas ao TOC:¹²

- São intrusivas: invadem a mente contra a vontade do indivíduo; são difíceis de controlar ou de afastar, especialmente quando muito graves.
- São indesejadas: são desagradáveis, causam desconforto, ansiedade ou medo e se referem a temas como perigo, ameaça ou desastre, e não a situações prazerosas.
- Provocam resistência: induzem o indivíduo a lutar contra, tentar afastar, ignorar, suprimir ou neutralizar, geralmente sem sucesso.
- São egodistônicas: seu conteúdo é indesejado e provoca desprazer, medo e angústia; pode, ainda, ser estranho ao indivíduo, contrariando seus valores morais ou seus desejos.
- Rituais compulsivos, compulsões mentais.
- Comportamentos evitativos ou evitações.
- Neutralizações:
 - tentativa de afastamento, supressão ou substituição de um pensamento ou palavra “ruim”;
 - ruminação mental (dúvidas e necessidade de repassar fatos, cenas, detalhes, em busca de certeza);
 - argumentação mental (repassar argumentos para se convencer de que cometeu ou de que não cometeu uma falha, ou de que foi ou não responsável);
 - tentativa de obter garantias: reassentar-se, perguntar repetidamente.
- Hipervigilância: estar permanentemente atento para os estímulos que provocam as obsessões (p. ex., sujeira, objetos tocados por outras pessoas).
- Indecisão: dificuldade e demora para tomar decisões em situações de incerteza; lentidão, atrasos, postergações.

Três tipos de experiências ou sensações subjetivas não se enquadram no conceito estriado de obsessões, mas precedem a realização de rituais e, por esse motivo, são descritos a seguir: nojo, fenômenos sensoriais, experiências just right/not just right.

CONSEQUÊNCIAS COMPORTAMENTAIS DAS OBSESSÕES

O modelo cognitivo-comportamental considera as obsessões como o fenômeno primário no TOC, e os demais sintomas, como rituais, evitações, neutralizações, hipervigilância e indecisão, como respostas comportamentais ou atos que o indivíduo executa com a finalidade de reduzir a ansiedade e o desconforto. É importante destacar, ainda, que as obsessões são involuntárias, enquanto as consequências comportamentais, em princípio, são atos voluntários, ou seja, podem ser executados ou não.^{13,14}

Consequências comportamentais das obsessões são:

NOJO (DISGUST)

O nojo é uma emoção básica, desagradável, que se manifesta por meio de sintomas autonômicos como palidez, diminuição da frequência cardíaca e da pressão arterial e aumento da motilidade gastrintestinal, provocados pelo contato com substâncias ou objetos que provocam repugnância. É uma reação distinta da que ocorre em situações de medo, quando é ativado o sistema nervoso simpático, com aceleração dos batimentos cardíacos, hiperventilação, palidez e elevação da pressão arterial. No TOC, é comum o nojo provocado por resí-

duos corporais como suor, urina, saliva ou sêmen; por substâncias gelatinosas como cola, geleias ou carne; e até mesmo por objetos como torneiras, maçanetas, tampo de vaso de banheiro. Como ocorre com as obsessões, o nojo induz o indivíduo a realizar compulsões e a evitar o contato com os estímulos que provocam tal sensação.

Supõe-se que o nojo tenha tido uma importante função evolucionária de proteção da espécie, ao longo da evolução, de ingerir frutas ou raízes venenosas, produtos deteriorados, ou de prover sua rápida expulsão, protegendo de doenças. Evidências atuais sugerem que o nojo esteja associado a fobias de pequenos animais (particularmente fobias de aranhas), fobia de injeção e ferimentos, e medos de contaminação do TOC.¹⁵

FENÔMENOS SENSORIAIS

Certas compulsões, como dar uma olhada para o lado, tocar, raspar, estalar os dedos, fechar as mãos com força, entre outras, são realizadas sem que qualquer obsessão definida as anteceda. Geralmente são precedidas apenas por uma sensação de desconforto ou por uma sensação interna e generalizada de tensão ou energia que precisa ser descarregada por meio de atos repetidos que lembram os tiques, como tocar, raspar, estalar os dedos, mover a cabeça para o lado. Podem ser precedidas por um sentimento de urgência do tipo “tenho que...” ou “tem que...” ou por uma sensação física descrita pelos pacientes como uma “agonia” que é aliviada com a realização do ritual.

Miguel Filho e colaboradores^{16,17} propuseram o termo “fenômenos sensoriais” para designar essas experiências subjetivas, entre as quais incluiram:

- Sensações físicas (sensação de desconforto na pele, nos músculos, nas articulações ou sensações corporais que vêm antes ou

junto a alguns dos comportamentos repetitivos).

- Percepções *just right* (sentimentos internos e/ou percepções de desconforto que levam o paciente a fazer coisas até sentir que estão certas ou “direitas”).

Esses fenômenos são muito comuns em pacientes com tiques e transtorno de Tourette e na **coreia de Sydenham**, transtornos do controle dos impulsos, particularmente nas ***grooming disorders*** (tricotilomania, roer unhas, autotumilações), comorbidades comuns em indivíduos com TOC.

EXPERIÊNCIAS JUST RIGHT E NOT JUST RIGHT, INCOMPLETUD

Entre os fenômenos sensoriais, vale a pena destacar o que tem sido descrito como sensações ou experiências *just right* e *not just right* – a sensação descrita pelos indivíduos com TOC de que os objetos deveriam estar em uma certa ordem, em um determinado lugar ou em uma determinada posição que seria a correta, a melhor, a que “tem que ser”, “no seu devido lugar”, que está “direito” ou, ainda, “a sensação de que algo não está como deveria estar” (*not just right*).^{18,19} Embora não contenham um componente cognitivo típico, como um pensamento ou uma imagem envolvendo risco, responsabilidade ou falha, as percepções (ou sensações) *just right* e *not just right* seriam um equivalente sensorial das obsessões e induziriam o indivíduo com TOC a realizar compulsões para colocar as coisas no seu lugar, ou até perceberem que o estado *just right* tenha sido atingido. Precederiam, portanto, algumas compulsões. Fenômenos semelhantes às experiências *just right* e *not just right* têm sido descritos com outras designações, como sensação de incompletude ou necessidade de completude, que estariam relacionadas ao perfeccionismo.¹⁸

Essas experiências teriam um papel proeminente em indivíduos que têm compulsões por exatidão, ordem, alinhamento, simetria ou precisão, ou que necessitam que os objetos estejam em determinada ordem ou no lugar correto. São muito comuns no TOC associado a tiques ou no transtorno de Tourette.²⁰

O QUE SÃO COMPULSÕES

Compulsões, rituais compulsivos ou simplesmente rituais são comportamentos repetitivos ou atos mentais que a pessoa se sente compelida a executar em resposta a obsessões ou em virtude de regras que devem ser seguidas rigidamente.²¹ São atos realizados com a intenção de **afastar ameaças, reduzir os riscos, prevenir desastres ou possíveis danos a si próprio e a outras pessoas ou simplesmente aliviar um desconforto físico**. São, portanto, **atos voluntários, repetitivos, estereotipados que têm um motivo e uma finalidade**, em contraste com movimentos repetitivos mecânicos e robóticos observados em transtornos neurológicos.²² São comportamentos **claramente excessivos** (p. ex., verificar as portas e janelas repetidas vezes antes de deitar) aos quais o indivíduo não consegue, na maioria das vezes, resistir. São precedidos por um senso interno de **pressão para agir, que pode ser decorrente de um pensamento catastrófico (verificar o gás porque a casa poderia incendiar), de um desconforto físico ou de um fenômeno sensorial (ter que estalar os dedos, olhar para o lado ou bater na parede para aliviar uma “agonia”)**.

Algumas compulsões **podem não ter uma conexão realística com o que pretendem neutralizar ou prevenir** – por exemplo: alinhar os chinéis ao lado da cama antes de deitar, não pisar nas juntas das lajotas da calçada para que não aconteça algo ruim no dia seguinte, dar três batidas em uma pedra da calçada ao sair de casa para que a mãe não adoeça, mandar um beijo para o avião que está passando para

EXEMPLOS

Um paciente relatava necessidade muito intensa, geralmente de início súbito, de colocar os objetos em cima da mesa em uma determinada posição; outro relatava a necessidade de modificar repetidas vezes, em curto espaço de tempo, a posição dos objetos e dos móveis na sala de estar e no seu quarto para que eles ficassem na posição “certa”. Esse mesmo paciente necessitava, com muita frequência, desmontar o computador por achar que as placas poderiam não estar perfeitamente encaixadas ou que os parafusos não teriam sido bem apertados e remontá-lo para ter certeza de que tudo estava como “deveria ser”. Outro paciente perdia muito tempo para amarrar o cadarço dos tênis, até que as laçadas estivessem “exatas”. Outro “penteava” os fios do tapete da sala para que estivessem “certos”.

que ele não caia, tocar três vezes na tecla do computador, ligar e desligar três vezes para a mãe não morrer. Nesses casos, subjacentes a esses rituais, existe um **pensamento ou uma obsessão de conteúdo mágico**, muito semelhante ao que ocorre nas superstições, em que a pessoa acredita poder agir a distância ou no futuro, por contato ou semelhança.

O modelo cognitivo-comportamental propõe que o alívio obtido com a realização das compulsões, mesmo que passageiro, seja a razão pela qual o indivíduo é induzido a executá-las (**reforço negativo**) e a adotá-las como estratégias regulares para lidar com medos e ansiedades. Acredita-se que esse seja um impor-

tante fator para perpetuar os rituais e consequentemente o TOC. As compulsões impedem, ainda, o enfrentamento dos medos e seu desaparecimento natural por meio do mecanismo da **habituação**, que será descrito mais adiante, no Capítulo 5. Por fim, pode-se dizer que o efeito de alívio, de certa forma, valida as crenças subjacentes – de que de fato havia uma ameaça, que foi afastada pela execução do ritual.

COMPULSÕES, RITUAIS

COMPULSIVOS E RITUAIS CULTURAIS

O termo “ritual” pode gerar alguma confusão, uma vez que designa uma grande variedade de comportamentos repetitivos que podem ser observados em praticamente todas as sociedades e culturas, relacionados às mais diversas situações: **cerimônias religiosas, ritos de passagem, funerais, geralmente com um claro sentido simbólico, com a finalidade de solicitar a proteção da divindade invocada, afastar perigos ou desgraças ou, ainda, garantir sorte** (p. ex., os rituais realizados na passagem do ano ou na cerimônia do casamento). Por esse motivo, na literatura relacionada ao TOC, há preferência pelo uso do termo “compulsão” ou então “rituais compulsivos”, mas a forma simplificada “ritual”, ou “rituais”, também é utilizada.

COMPULSÕES MENTAIS

O termo “compulsão mental” tem sido utilizado para designar atos mentais voluntários executados em resposta a obsessões. Exemplos: **contar, rezar, repetir palavras ou frases em silêncio, repassar argumentos mentalmente, substituir imagens ou pensamentos ruins por imagens ou pensamentos bons**. Tais atos são realizados com a mesma finalidade das demais compulsões: **reduzir ou eliminar o risco e a ansiedade associada às obsessões**. Como ocorrem em silêncio, nem sempre são percebidos

pelas demais pessoas. Exemplo: **anular a imagem intrusiva da mãe morta no caixão com a lembrança de um momento de felicidade da família**.

COMPULSÕES EM TRANSTORNOS

NEUROLÓGICOS E EM OUTROS

TRANSTORNOS MENTAIS

É importante salientar que compulsões podem fazer parte do quadro clínico de outros transtornos psiquiátricos, como **comer compulsivo, comprar compulsivo, adição a drogas ou álcool, jogo patológico, transtornos globais do desenvolvimento**. Podem ser observadas, ainda, em diversos problemas neurológicos, co-

EXEMPLOS DE COMPULSÕES

- lavar as mãos repetidas vezes para proteger-se de germes ou contaminação;
- verificações para afastar dúvidas e incerteza;
- **contar, repetir palavras ou frases, relembrar repetidamente uma cena;**
- fazer certas coisas um determinado número de vezes (p. ex., **apagar e acender a luz**) para evitar alguma falha ou desgraça;
- alinhar os objetos para que fiquem na posição “certa”;
- acumular ou armazenar objetos sem utilidade e não conseguir descartá-los;
- repetições diversas: tocar, olhar fixamente, bater de leve, raspar, estalar os dedos ou as articulações, sentar e levantar, entrar e sair de uma peça.

mo **encefalites**, após **traumatismos craniencefálicos (TCE)**, coreia de Sydenham, em diversas **doenças degenerativas**, bem como durante o uso de **antipsicóticos atípicos** e mesmo de outras substâncias, como o **interferon**. As compulsões observadas nesses casos, em geral, são **movimentos mecânicos destituídos de significado**, não precedidos por obsessões, e o próprio paciente desconhece as razões por que as executa.

COMPORTAMENTOS EVITATIVOS OU EVITAÇÕES

Evitações, ou comportamentos evitativos, são **atos voluntários destinados a impedir o contato direto ou imaginário com objetos, locais, situações, pensamentos ou imagens percebidos como perigosos ou indesejáveis, que têm a propriedade de ativar as mais diversas obsessões**. São, portanto, comportamentos voluntários, executados com uma finalidade – **afastar ameaças, reduzir o medo, a ansiedade e o desconforto associados às obsessões**. Por serem comportamentos ativos, repetitivos, realizados com a mesma finalidade dos rituais, usa-se também a denominação “**evitação ritualística**” para tais comportamentos.²³

As evitações constituem uma importante manifestação clínica do TOC à qual se tem dado pouca importância, embora frequentemente sejam as **principais responsáveis pelo comprometimento ou incapacitação que o transtorno acarreta**. Elas foram observadas em mais de **25%** dos pacientes com TOC.²³ Outro estudo verificou que as evitações estavam presentes em **59,7%** dos indivíduos com TOC, mais comumente associadas a obsessões de contaminação (80%) e a pensamentos de conteúdo agressivo (50%) e, raramente, em indivíduos com acumulação compulsiva e obsessões por ordem e exatidão.²⁴

Acredita-se que os comportamentos evitativos **contribuam para aumentar a frequê-**

EXEMPLOS DE EVITAÇÕES

As evitações mais comuns são as relacionadas ao medo de contaminação por germes e bactérias, de contrair doenças ou as relacionadas ao simples nojo:

- **evitar banheiros públicos;**
- **usar lenço ou papel para tocar nos objetos;**
- **usar luvas para cumprimentar as pessoas;**
- **não tocar em outras pessoas, em objetos ou em roupas usadas por elas.**

São comuns, ainda, evitações associadas a medos de natureza supersticiosa:

- **não usar uma roupa de determinada cor;**
- **não fazer coisa alguma em determinada data ou em determinado horário para não acontecer uma desgraça no futuro.**

Associadas a pensamentos de conteúdo violento ou sexual inaceitável:

- **desviar de pedestres por medo de dar um soco;**
- **evitar pegar um bebê no colo em razão do pensamento de atirá-lo pela janela;**
- **não chegar perto de crianças em razão de pensamento de molestá-las.**

cia e a saliência das obsessões por dois motivos:

- 1 obrigam o indivíduo a estar **permanentemente vigilante** em relação a objetos, pessoas ou situações que ativam as obsessões e até mesmo a pensamentos considerados de risco ou perigosos;
- 2 **impedem o contato, o enfretamento e a exposição aos medos obsessivos e o desaparecimento natural da ansiedade pelo fenômeno da habituação.** Impedem, ainda, o indivíduo de **testar suas crenças erradas** e **desconfirmá-las**, perdendo a oportunidade de modificá-las. Dessa forma, as evitações concorreriam fortemente para a manutenção dos medos obsessivos.

EVITAÇÕES E ACOMODAÇÃO FAMILIAR

Quando estão presentes medos de contaminação, em geral, a família é obrigada a se adaptar às evitações impostas pelo paciente, que estabelece suas “regras”. É comum que exija o **uso exclusivo de tolhas, sabonetes, sofás e mesmo de certas peças da casa e até que impeça os familiares de abrir as janelas, sentar no sofá ou na cama ou de entrar em determinado cômodo considerado “limpo”**, o que pode ser motivo para atritos e discussões. Uma paciente, por exemplo, obrigava a família a trocar a roupa ou os sapatos para entrar em casa; outra exigia que o marido tomasse banho imediatamente antes das relações sexuais; uma terceira obrigava o marido a lavar a boca antes de beijá-la, ao chegar da rua, e outra paciente ainda exigia que seu filho de 2 anos usasse luvas para abrir a porta. Essas exigências causavam conflitos constantes, que comprometiam a harmonia conjugal e familiar.

NEUTRALIZAÇÃO

Além das compulsões e das evitações, os indivíduos com TOC lançam mão de uma diversidade de estratégias **menos repetitivas e menos estruturadas** para lidar com os medos e a

EXEMPLOS DE OBJETOS, LOCAIS OU SITUAÇÕES E PESSOAS COMUMENTE EVITADOS

- **Objetos:** corrimãos, botão do elevador, interruptores, *mouse*, teclado de computadores, telefones públicos, dinheiro, toalhas e lençóis de hotel, lixeira.
- **Locais ou situações:** banheiros públicos, hospitais, clínicas, cemitérios, bancos de coletivos ou de praças públicas.
- **Pessoas:** cumprimentar, olhar, chegar perto ou tocar certas pessoas (“aidéticas”, que tenham algum ferimento ou curativo aparente, homossexuais).

ansiedade que acompanham as obsessões, às quais não era dada atenção. Manifestam-se sob a forma de alguma **ação física**, como **se afastar, conversar com outras pessoas, perguntar, reassegurar-se, ou sob a forma de ações encobertas, mais sutis, nem sempre observáveis, como se distrair, falar consigo mesmo de forma racional**.^{25,26} Essas estratégias são genericamente designadas de “neutralizações”, e a palavra “neutralização” é também usada para designar sua função. O termo refere-se, ao mesmo tempo, a atos realizados e à sua função – **neutralizar pensamentos, impulsos ou imagens**. Designa, portanto, “**todo e qualquer esforço ou ato voluntário ou esforço cognitivo realizado com a finalidade de remover, prevenir ou atenuar um pensamento intrusivo ou o desconforto associado**”.²⁷ O conceito foi incluído nos critérios do DSM-IV para o diagnóstico de TOC (critério A, item 3: “[...] a pessoa tenta ignorar ou suprimir tais pensamentos, impul-

sos ou imagens, ou neutralizá-los com algum outro pensamento ou ação") e mantido no DSM-5.⁷ Como os rituais compulsivos e as evitações, as neutralizações são atos voluntários realizados com a intenção de obter alívio e de anular as ameaças associadas a pensamentos, impulsos ou imagens.

NEUTRALIZAÇÕES E RITUAIS MENTAIS

Há uma certa confusão na literatura para se estabelecer a distinção entre "neutralizações" e "compulsões mentais". Rachman e Shafran²⁸ propuseram a utilização do termo "neutralização" para designar um conjunto mais amplo, mais flexível, de atos mais eventuais, menos

repetitivos, menos estereotipados, geralmente encobertos e nem tão eficientes em anular os efeitos de um pensamento ou uma ação; e do termo "compulsões mentais" para designar atos mentais repetitivos, estereotipados, intencionais e fixos. É necessário reconhecer que nem sempre essa distinção é clara – até que ponto um ato deve ser considerado apenas uma neutralização e quando deve ser considerado uma "compulsão mental".^{14,27} O que importa é que tanto as compulsões mentais como as neutralizações têm o mesmo papel: são executadas com a finalidade de reduzir a ansiedade associada às obsessões. Ritualizadas ou não, as neutralizações, assim como os rituais compulsivos, os rituais mentais e as evitações, impedem a exposição prolongada e o desaparecimento natural do medo e da ansiedade. Em razão do alívio que provocam, especialmente quando os sintomas são leves, tornam-se persistentes e excessivas, pois são reforçadas pela remoção imediata do desconforto, pela anulação dos pensamentos, das imagens e dos impulsos indesejados; por esse motivo, contribuem para a perpetuação do TOC, devendo, da mesma forma que os demais sintomas, ser objeto da atenção do terapeuta.

EXEMPLOS DE NEUTRALIZAÇÕES

- tentar interromper ou afastar pensamentos ou palavras indesejáveis;
- procurar se distrair;
- tentar convencer a si mesmo de que o pensamento não é verdadeiro;
- anular um pensamento, imagem ou palavra "ruins" com um pensamento imagem ou palavra "bons";
- argumentar consigo mesmo;
- justificar-se ou buscar compensações;
- repassar diálogos mentalmente para ter certeza;
- repassar cenas, sequência de fatos, diálogos, recriminações (ruminações);
- tentar obter garantias com as outras pessoas de que não cometeu um erro ou de que fez a coisa certa;
- perguntar.

HIPERVIGILÂNCIA E VIÉS ATENCIONAL

Em conjunto com as compulsões, as evitações e as neutralizações, a hipervigilância é considerada uma consequência do medo associado às obsessões. É um comportamento que tem por objetivo aumentar o controle sobre os potenciais riscos ou ameaças associados às obsessões: onde existe sujeira ou germes; sobre a possibilidade de cometer falhas (p. ex., ao assinar um documento); ou se os objetos estão ou não fora de ordem. Pacientes com obsessões por sujeira/contaminação andam extremamente atentos na rua, olhando para o chão para não pisar em fezes ou em manchas de

sangue, percebem lixo e lixeiras a distância, olham onde outras pessoas tocam, repassam os cantos das prateleiras para conferir se a limpeza foi bem realizada ou se encontram “digitais” ou marcas de dedos de outras pessoas. Como consequência, **percebem muito mais indícios de sujeira do que as pessoas que não apresentam tais preocupações.**

Embora com resultados ainda inconsistentes, pesquisas têm verificado que os pacientes com TOC relacionado a contaminação apresentam um viés atencional, ou seja, uma tendência a **orientar a atenção para estímulos relevantes em relação à “ameaça”**. Apresentam também dificuldades em desviar a atenção tanto para estímulos relacionados ao medo de contaminação como ao nojo.^{29,30} A hipervigilância é utilizada, ainda, para controlar pensamentos indesejáveis e tentar afastá-los.

De acordo com o modelo cognitivo-comportamental, a hipervigilância é um comportamento preventivo que tem a mesma finalidade das compulsões e das evitações: **afastar e impedir o contato com as ameaças, impedindo, da mesma forma, a exposição e o desaparecimento natural da ansiedade.** Contudo, esforçar-se para afastar ou tentar suprimir um pensamento indesejável, ou vigiá-lo, produz o efeito paradoxal de **aumentar sua frequência e intensidade.**³¹ Esse efeito paradoxal pode ser observado em relação à vigilância e ao controle de qualquer estímulo que provoque as obsessões. **Quanto mais se tem preocupações, por exemplo, com sujeira, mais se vê sujeira.**

A hipervigilância tem relação direta com as checagens. A primeira atitude de uma paciente ao chegar ao quarto de um hotel era revisar lençóis, fronhas e toalhas à procura de alguma mancha, que inevitavelmente encontrava, o que era motivo para discussões com o a equipe da recepção. Outro revisava de forma meticulosa as paredes dos banheiros à procura do que acreditava poder ser marcas de esperma. Visto ser muito comum encontrar man-

chas suspeitas, deixara de usar banheiros públicos. Outra paciente vivia atormentada com o medo de contrair leptospirose e revisava repetidamente os cantos do pátio de sua casa e os beirais de janelas à procura de fezes e urina de ratos, e a todo momento encontrava tais dejetos.

LENTIDÃO OBSESSIVA E INDECISÃO

Uma das maiores interferências dos sintomas OC na rotina das pessoas é a demora ou lentidão para executar determinadas tarefas. Fatores cognitivos, como **necessidade de ter certeza, indecisão, perfeccionismo ou simplesmente fenômenos sensoriais do tipo not just right**, determinam a exigência de um grau de certeza ou de perfeição impossível de ser atingido ou até mesmo definido e acabam interferindo na realização de tarefas simples como **lavar as mãos, tomar banho, escovar os dentes, trocar de roupas ou calçar os tênis**. Tais tarefas se tornam intermináveis e são executadas muitas vezes com uma lentidão exasperante, ou são repetidas inúmeras vezes pois são associadas a **dúvidas, verificações, dificuldade de decidir quando encerrar uma tarefa, repetições, protelações, não raro incapacitando gravemente a pessoa.**

➤ AS PRINCIPAIS APRESENTAÇÕES CLÍNICAS DO TOC

O TOC é um transtorno heterogêneo com apresentações clínicas bastante diversificadas, o que dificulta a elucidação de sua etiologia, da neurofisiologia e da comparação da resposta aos tratamentos.

O MODELO DIMENSIONAL DO TOC

Métodos estatísticos como a análise fatorial têm sido utilizados para identificar subgrupos (*clusters*) mais homogêneos com base na apre-

sentação clínica (fenótipo). Os estudos, em sua maioria, apontam entre quatro e seis fatores distintos. As dimensões identificadas com mais frequência são:^{32,37}

- 1 contaminação/limpeza;
- 2 dúvidas e verificações;
- 3 pensamentos repugnantes (agressivos/se-xuais/blafremos);
- 4 simetria/ordem;
- 5 acumulação compulsiva (colecionismo).

O enfoque dimensional representou um enorme avanço no TOC, na medida em que possibilita a constituição de amostras homogêneas, uma estratégia essencial para a identificação de substratos genéticos, cerebrais e cognitivos comuns. Um estudo, por exemplo, verificou que quatro das cinco dimensões apresentavam um grau significativo de prevalência familiar, sendo que as dimensões “acumulação compulsiva” e “pensamentos tabu” foram as que mostraram um elevado grau de agregação familiar.³⁶ Esse enfoque tem sido fundamental para comparar os resultados dos tratamentos e identificar os pacientes que respondem melhor a esta ou aquela abordagem terapêutica. Algumas críticas, entretanto, têm sido feitas ao enfoque dimensional.

“Verificações” eventualmente têm sido apontadas como constituindo um único fator associado a obsessões de conteúdo agressivo.³⁸ Entretanto, na prática clínica, as verificações estão relacionadas a quase todas as outras dimensões: ao medo de contaminação (para ver se não existe sujeira ou se os objetos estão bem limpos), aos pensamentos de conteúdo inaceitável (para ter certeza de que não atropelou um animal ou pedestre), à possibilidade de cometer falhas (revisar trabalhos, e-mails), às obsessões por simetria e alinhamento (para ter certeza de que os objetos estão bem arrumados) e à acumulação compulsiva (para verificar se ninguém mexeu nos objetos). Talvez por esse

motivo alguns autores não tenham considerado as “dúvidas obsessivas/verificações” com um fator distinto dos demais.^{35,37}

Outra crítica ao modelo dimensional é o fato de aproximadamente um quarto dos pacientes não se enquadrar em qualquer das dimensões típicas.³⁷ E, de fato, existem obsessões e certos comportamentos repetitivos, como tocar, olhar para o lado, dar batidas na parede, estalar os dedos, olhar fixamente, preocupar-se com partes do corpo ou com doenças, que são difíceis de classificar e considerados, por alguns autores, parte de uma categoria denominada “miscelânea” ou “diversas”.³²

Uma questão em aberto é o quanto as dimensões são estáveis ao longo do tempo. Para responder a esse questionamento e fugir dos vieses de memória dos estudos retrospectivos, são necessários estudos longitudinais (prospectivos) que acompanhem os indivíduos da infância até a idade adulta.³⁸

Uma crítica adicional é que o modelo dimensional se baseia nas manifestações clínicas (fenótipo) do TOC e não leva em conta as funções dos sintomas, um aspecto em geral negligenciado. Por exemplo, compulsões de simetria/ordem podem ser executadas em razão de sensações do tipo *just right* ou em razão de pensamentos supersticiosos como “minha mãe pode morrer se esse objeto não estiver no devido lugar”.³² Sugere-se, ainda, considerar a acumulação compulsiva não mais uma dimensão do TOC apenas, mas um transtorno distinto (transtorno de acumulação).³⁹ A seguir, serão descritas as principais apresentações clínicas (fenótipos) do TOC.

MEDOS DE CONTAMINAÇÃO, LAVAGENS EXCESSIVAS E EVITAÇÕES

São os sintomas mais comuns em indivíduos com TOC. Manifestam-se por preocupações excessivas com germes, bactérias, radiações,

“energias negativas”, contaminantes, em contrair doenças ou contaminar as demais pessoas, em especial os familiares. Como consequência, as pessoas lavam demasiadamente as mãos, os objetos ou a roupa, trocam de roupa várias vezes ao dia, tomam banhos repetidos e demorados, usam de forma exagerada sabonetes, álcool e detergentes. É comum, por exemplo, lavarem novamente as louças antes de pô-las na mesa; passarem o guardanapo em louças ou talheres do restaurante antes de se servirem; lavarem as caixas de leite, as garrafas de refrigerante e os potes de margarina ao chegar do supermercado. O uso excessivo de álcool e detergentes com frequência provoca o ressecamento da pele, dermatites e lesões por fungos, em especial debaixo das unhas.

Além das lavações em excesso, esses pacientes costumam evitar o uso de banheiros públicos, onde é comum que abram a porta com os cotovelos ou levantem a tampa do vaso com os pés e usem lenços de papel para tocá-lo. Evitam ir a hospitais ou cemitérios e, ao andar na rua, mantêm distância de lixeiras ou mendigos. Evitam o contato direto com objetos tocados com frequência por outras pessoas: maçanetas, botão do elevador, *mouse*, teclado do computador e até mesmo objetos pessoais como chaves, carteiras, bolsas, cartão de crédito e dinheiro. Certas áreas do próprio corpo, como o dorso das mãos, o polegar, o indicador e o cotovelo, podem se tornar “sujas” e ser usadas para tocar em objetos “contaminados”. Esses pacientes costumam, ainda, evitar o uso de toalhas, sabonetes ou banheiros utilizados por outros membros da própria família (às vezes, exigem um banheiro exclusivo) e encostar roupas “sujas” ou “contaminadas” nas roupas “limpas”. Com esse intuito, algumas vezes isolam espaços, móveis ou compartimentos da casa.

Tais pacientes, de modo geral, avaliam de maneira distorcida (exagerada) a possibilidade (ou o risco) de se contaminar seja com bactérias, vírus (p. ex., HIV, H1N1), radiações ou

mesmo com algo vago, como “energia negativa”, e consequentemente o risco de contrair doenças. O risco pode ser, ainda, o castigo com o fogo do inferno ou se transformar em uma pessoa “ruim”. As lavagens (lavar os olhos ou tomar um banho) podem também ser realizadas para anular pensamentos supersticiosos (“algum da minha família pode morrer porque avistei determinada pessoa”) ou blasfemas. Às vezes, subjacente às lavagens e às evitações, existe apenas a sensação desagradável de nojo, sem necessariamente o pensamento de que possa haver uma contaminação ou de que vá contrair doença.

De modo geral, os pacientes que apresentam obsessões e rituais de limpeza estão entre os que mais se beneficiam da terapia comportamental de exposição e prevenção de resposta (EPR) ou da terapia cognitivo-comportamental (TCC).

DÚVIDAS, INTOLERÂNCIA A INCERTEZA E VERIFICAÇÕES

Junto às lavações excessivas, as verificações são um dos sintomas mais comuns no TOC e estão associadas às demais dimensões. Geralmente, são precedidas por dúvidas, pela necessidade de ter certeza de que a possibilidade de algum dano ou ameaça foi reduzida ou totalmente eliminada (medo de que a porta ou a geladeira não tenham ficado bem fechadas, ou o fogão e o gás não tenham sido desligados). As situações mais críticas são aquelas nas quais as consequências de uma falha, pela qual o paciente se sente responsável, poderiam ser graves (roubo, incêndio, inundação, morte, prisão). Consequentemente, nessas situações, o impulso de realizar verificações é mais intenso, como ao sair de casa – deixar um eletrodoméstico ligado e a casa incendiar, a torneira aberta e a casa alagar; ao estacionar o carro – deixar a porta ou algum vidro aberto; ao deitar – deixar uma janela aberta ou a porta mal fe-

chada e um ladrão invadir a casa; ao sair do trabalho – deixar um aparelho ligado e causar um incêndio.

NECESSIDADE DE TER GARANTIAS, PERGUNTAR, CONFIRMAR, ESCRUPULOSIDADE

A necessidade de ter certeza ou de obter garantias de que não ocorreu uma determinada falha, de que algo foi executado de forma perfeita ou de que o risco não existe manifesta-se, muitas vezes, sob a forma de perguntas repetidas. A necessidade de realizar verificações diminui quando o paciente está na presença de outras pessoas ou do próprio terapeuta. Uma paciente, por exemplo, ao tomar banho, exigia a presença de um familiar para confirmar que todas as partes do corpo haviam sido lavadas e bem lavadas. Acredita-se que esse fenômeno ocorra em razão do compartilhamento da responsabilidade percebida.

VERIFICAÇÕES DISSIMULADAS OU ENCOBERTAS

É comum que, além de fazer verificações repetidas e explícitas, os pacientes façam verificações dissimuladas e mais sutis, como olhar demoradamente os botões do fogão, a torneira do gás (para ter certeza de que estão desligados), as portas da geladeira (bem fechadas), e a assinatura de um documento, para confirmar se está exata; olhar com atenção as lâmpadas, apagá-las e acendê-las repetidas vezes para garantir que estejam (bem) apagadas ou, ainda, passar as mãos no fundo da caixa de correspondência mesmo depois de ver que está vazia.

VERIFICAÇÕES MENTAIS

As verificações podem ainda ser mentais: re-passar mentalmente várias vezes um texto lido

e recitá-lo, visualizar repetidas vezes uma mesma cena ou filme, repassar minuto a minuto um determinado trajeto, reproduzir mentalmente uma conversa ou diálogo mantido em certa ocasião, para ter garantia (certeza) de que nenhum detalhe tenha sido esquecido ou de que nada de errado foi dito, ou, ainda, revisar listas várias vezes para que nada seja esquecido, entre outros comportamentos.

Essas dúvidas podem assumir um caráter quase delirante, como questionar se a porta está fechada mesmo vendo a lingueta da fechadura encaixada no respectivo orifício, ou verificar se não caiu um objeto da bolsa mesmo que nada tenha sido visto caindo, ou ter a necessidade de mostrar as mãos molhadas para outra pessoa para ter certeza de que foram lavadas, ou, no banho, o cabelo com xampu para a mãe, para ter garantia de que passou o produto. O paciente não confia no que está vendo.

PENSAMENTOS REPUGNANTES (AGRESSÃO/SEXO/RELIGIÃO)

PENSAMENTOS DE CONTEÚDO VIOLENTO OU AGRESSIVO

São comuns, no TOC, pensamentos indesejáveis e perturbadores envolvendo agressão ou violência, sexo, ou, ainda, religião (blasfêmias). Tais pensamentos são interpretados erroneamente como um indicativo de que existe um risco de praticá-los. Por esse motivo, o indivíduo passa a vigiá-los e tenta, sem sucesso, suprimi-los e afastá-los da mente, o que, de acordo com a teoria cognitiva, aumenta sua frequência e intensidade.

No TOC, são comuns medidas de segurança, como colocar telas nas janelas, esconder facas, evitar passar perto de pedestres cumprimentar pessoas, checar a sacola várias vezes para ver se não há algum veneno, etc. Também são comuns as checagens, como verificar cons-

EXEMPLOS DE OBSESSÕES E PENSAMENTOS DE CONTEÚDO VIOLENTO

- atirar o bebê da sacada;
- empurrar alguém (um idoso, uma criança) para debaixo dos carros;
- envenenar o filho com venenos domésticos;
- atropelar uma pessoa ou um animal no trânsito;
- esfaquear um familiar.

PENSAMENTOS DE CONTEÚDO

BLASFEMIA

Na maioria das religiões, respeitar (e temer a) Deus é uma das regras mais importantes. “Amar a Deus sobre todas as coisas” é o primeiro mandamento. Transgredi-lo representa séria ameaça de castigo. Pensamentos intrusivos de conteúdo blasfemo são muito comuns no TOC. Sua presença é interpretada, especialmente por pessoas muito religiosas, de forma catastrófica – como prova de que deixou de amar Deus, como pecado grave, sendo, por esse motivo, merecedor de castigo, correndo o risco de condenação eterna ao fogo do inferno.

tantemente o espelho retrovisor, refazer várias vezes o trajeto no trânsito e até descer na calçada para se certificar de que não atropelou algum pedestre, um gato ou um cão; verificar os e-mails para se certificar de que não escreveu nada ofensivo; repassar conversas e diálogos para se certificar de que não disse nada que possa ter magoado outra pessoa.

OBSESSÕES DE CONTEÚDO SEXUAL INACEITÁVEL, DÚVIDAS QUANTO À ORIENTAÇÃO SEXUAL

Pensamentos, impulsos ou visualizações de cenas de conteúdo sexual inaceitável e até repugnante atormentam muitos indivíduos com TOC. São acompanhados de grande angústia, medo, culpa e até depressão, ao contrário de fantasias sexuais normais, que são acompanhadas de excitação, desejo ou prazer. São desagradáveis, considerados claramente impróprios ou antinaturais, e contrariam os próprios desejos e princípios da pessoa. Confundem o paciente, que os interpreta como indicadores de algum desvio moral ou do caráter, ou reveladores de um lado perverso ou secreto de sua personalidade.

OBSESSÕES OU COMPULSÕES DE CONTEÚDO SUPERSTICIOSO

No TOC, são comuns pensamentos supersticiosos envolvendo números, cores, rituais executados com a finalidade de prevenir desgraça, como se o indivíduo tivesse o poder e a responsabilidade de fazê-lo. As mais comuns envolvem números e/ou cores que são conside-

EXEMPLOS DE PENSAMENTOS OU IMPULSOS DE CONTEÚDO SEXUAL INACEITÁVEL

- molestar um bebê;
- abaixar as calças ou levantar o vestido de outras pessoas na rua;
- fazer sexo com irmão ou irmã, com uma pessoa desconhecida que avistou na rua, com um mendigo, com animais de estimação;
- olhar fixamente para os órgãos genitais de outras pessoas;
- questionar a própria orientação sexual.

EXEMPLOS DE OBSESSÕES E PENSAMENTOS DE CONTEÚDO BLASFEMO

- pensamentos intrusivos ou cenas praticando sexo com a Virgem Maria, com Jesus Cristo ou com santos(as);
- impulso de dizer obscenidades ou um palavrão durante o sermão ou em um momento solene da missa de domingo, etc.

Também são comuns pensamentos envolvendo:

- o demônio;
- “entidades” que contrariam a própria religião ou palavras, como o “diabo”.

É comum a necessidade de se confessar repetidamente ou de executar rituais de purificação, como rezas, banhos, lavagens ou penitências, como forma de neutralizar a aflição associada.

rados de sorte ou de azar. Subjacentes estão as leis da magia simpática, segundo as quais as propriedades de um objeto podem ser transmitidas pelo contato ou pela semelhança, e a pessoa pode agir a distância ou no futuro. É comum o medo de usar roupas pretas ou vermelhas, de entrar em cemitérios ou funerárias ou de realizar qualquer atividade em determinados horários.

OBSESSÕES E COMPULSÕES POR ORDEM, SIMETRIA, SEQUÊNCIA OU ALINHAMENTO

Alguns pacientes perdem muito tempo organizando as roupas nas prateleiras do guarda-rou-

pa em razão de cores, tamanhos, etc. Sentem necessidade de colocar objetos em cima da escrivaninha em uma certa ordem ou posição (“a certa”), de alinhar objetos no armário do banheiro, os livros na estante, os pratos e os talheres na mesa, os quadros na parede e até a comida no prato. Os lados da colcha da cama precisam estar absolutamente simétricos, e qualquer objeto fora do lugar provoca grande aflição e desencadeia o impulso de alinhá-lo. Também é comum ter de realizar algumas tarefas em determinada sequência ou de acordo com certas regras.

Da mesma forma que nas repetições e contagens, as compulsões por simetria, alinhamento ou sequência podem ser precedidas por um fenômeno sensorial do tipo “tenho que...”, just right (para que as coisas fiquem

EXEMPLOS DE COMPULSÕES POR ORDEM, SEQUÊNCIA OU ALINHAMENTO

Uma paciente, ao entrar em casa, sentia-se obrigada a contar os quadros da sala em determinada ordem (sempre a mesma); outra se obrigava a fazer sempre o mesmo trajeto ao entrar no edifício e em seu apartamento: passar entre duas colunas e, depois, no apartamento, repassar na mesma ordem todas as peças da casa. Outro se sentia obrigado a realizar uma sequência detalhada de procedimentos antes do banho: alinhava as roupas em certa ordem sobre uma banqueta, colocava o tapete de borracha exatamente no centro do boxe e alinhava outro tapete do lado de fora, gastando entre 10 e 15 minutos nesse ritual.

"direitas") ou, ainda, embora mais raramente, por um pensamento supersticioso ou catastrófico cuja ameaça o paciente acredita ser prevenida com o ritual.

OBSSESSÕES DIVERSAS:

CONTAR, REPETIR CERTOS ATOS

Contar mentalmente é bastante comum em diferentes momentos da vida, como, por exemplo, quando uma pessoa está aguardando na fila do banco, na sala de recepção do médico ou quando faz compras no supermercado. Também é comum, nessas situações, contar os quadros na parede, o número de janelas do prédio, de pessoas na fila, ou assoviar muitas vezes uma mesma música, como forma de se distrair e o tempo de espera passar mais rápido. Essas contagens e repetições são normais, porque, se o indivíduo desejar, poderá interrompê-las sem ficar aflito. Entretanto, em indivíduos com TOC, é comum a necessidade de contar mentalmente enquanto realiza determinada atividade, como tomar banho ou escovar os dentes, ou contar as janelas dos edifícios, ou o número de letras contidas em um anúncio.

As contagens e as repetições podem ser precedidas por um pensamento supersticioso catastrófico, de que algo ruim poderá acontecer caso não se execute um ritual considerado "bom", associado à sorte, um determinado número de vezes (pensamento mágico). E se, por acaso, a pessoa se distrair, errar a contagem ou não interromper no número favorável, terá que recomeçar e executar o número exato previamente determinado.

ARMAZENAR, GUARDAR OU ACUMULAR OBJETOS INÚTEIS OU COMPULSÃO POR POUPAR OU ACUMULAR

Acumulação compulsiva é a tendência a guardar em demasia objetos que não têm utilidade, valor real ou afetivo e ter dificuldade em

OUTROS EXEMPLOS DE REPETIÇÃO

- repetir determinada reza um número exato de vezes antes de deitar;
- lavar cada lado do corpo ou escovar os dentes um determinado número de vezes, par ou ímpar;
- ler letreiros ou placas da rua;
- somar os números das placas dos carros (e, eventualmente, tirar os novos fora);
- reler o determinado parágrafo ou página de um jornal ou de um livro;
- pôr e tirar certa peça de roupa;
- atar e desatar o cadarço dos sapatos;
- apagar e acender a luz;
- sentar e levantar da cadeira;
- entrar e sair de uma peça da casa;
- esfregar o sabonete ou passar o xampu no cabelo um determinado número de vezes.

descartá-los. Geralmente acumulados de forma desordenada, atravancam espaços da casa e dificultam seu uso habitual. Jornais velhos, revistas, recortes, caixas vazias, embalagens, recibos de contas vencidas e pagas há muito tempo, roupas que não servem mais ou que estão fora de moda e sapatos que não serão mais usados são alguns itens que costumam ser guardados. As compulsões de acumulação podem ser acompanhadas de outros sintomas OC.

Existe, entretanto, uma forma de acumulação compulsiva que no DSM-5 foi considerada um transtorno distinto do TOC (transtorno de acumulação [*Hoarding disorder*]), geralmente não acompanhada de outros sintomas do TOC. Os sintomas são mais graves, de difícil tratamento, estão associados a um comprometimento social maior, a um menor *insight*,

tendem a ter um início mais cedo e a ser mais crônicos. Os indivíduos com esse transtorno dificilmente reconhecem a natureza patológica da doença – ausência de *insight* – e aparentemente sofrem menos (egossintônicos).

► COMENTÁRIOS FINAIS

O TOC é um transtorno heterogêneo com manifestações muito diversificadas. Os manuais

de TCC recomendam que, no planejamento das estratégias terapêuticas, sejam levados em conta não só os subtipos de sintomas, mas sobretudo suas funções: produzir alívio, afastar ameaças, ter certeza de que os riscos foram eliminados, diminuir responsabilidades ou evitar falhas. São funções que, de acordo com o modelo cognitivo-comportamental, contribuem para a perpetuação do transtorno. Identificá-las é crucial para a proposição de intervenções psicoterápicas mais específicas.

R E S U M O E D E S T A Q U E S

- O TOC caracteriza-se pela presença de obsessões e/ou compulsões.
- Obsessões são pensamentos, impulsos ou imagens recorrentes e persistentes, experimentados como intrusivos, que causam acentuada ansiedade ou desconforto, interferem nas atividades diárias, nas relações interpessoais ou ocupam boa parte do tempo do indivíduo.
- Em razão da ansiedade que acompanha as obsessões, o indivíduo com TOC é compelido a neutralizá-las por meio das compulsões, das compulsões mentais, das evitações e da hipervigilância.
- Compulsões são comportamentos repetitivos ou atos mentais voluntários e intencionais que a pessoa é compelida a executar com a finalidade de neutralizar os medos que acompanham as obsessões e de reduzir ou eliminar as possíveis ameaças imaginadas. Impedem, entretanto, a exposição e a eliminação dos medos por meio de seu enfrentamento e reforçam o TOC pelo alívio passageiro que provocam.
- Neutralizações são estratégias menos repetitivas e estereotipadas que os rituais, geralmente encobertas, destinadas a reduzir a ameaça ou o desconforto associado às obsessões. As mais comuns consistem em substituir uma imagem ou um pensamento “ruim” por outros “bons”, repassar memórias dos fatos em busca de certeza, argumentar mentalmente e solicitar garantias para as outras pessoas.
- A hipervigilância contribui para a proeminência e a persistência das obsessões.

TOCTOC TOCTOC TOCTOC TOCTOC TOCTOC TOCTOC

- A sensação de nojo sem que necessariamente haja um medo de contaminação subjacente pode induzir à realização de rituais como lavagens ou trocas repetidas de roupas e evitações.
 - Fenômenos sensoriais, entre eles as experiências sensoriais do tipo *just right* e *not just right* ou incompletude, podem preceder as compulsões.
 - O TOC é um transtorno heterogêneo. Análises fatoriais identificaram de quatro a seis fatores ou dimensões independentes: 1) contaminação/lavagens; 2) dúvidas e verificações; 3) simetria, exatidão, ordem, sequência e alinhamento; 4) obsessões de conteúdo violento, sexual ou blasfemo; 5) acumulação compulsiva.

REFERÊNCIAS

1. Skoog G, Skoog I. A 40-year follow-up of patients with obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiat.* 1999;56(2):121-7.
 2. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry.* 2005;62:593-602.
 3. Ruscio AM, Stein DJ, Chiu WT, Kessler RC. The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Mol Psychiatry.* 2010;15(1):53-63.
 4. Vivan A. Prevalência do transtorno obsessivo-compulsivo alunos de escolas do segundo grau de Porto Alegre [tese]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2013.
 5. Lensi P, Cassano GB, Correddu G, Ravagli S, Kunovac JL, Akiskal HS. Obsessive-compulsive disorder: familial-developmental history, symptomatology, comorbidity and course with special reference to gender-related differences. *Br J Psychiatry.* 1996;169(1):101-7.
 6. Murray CL, Lopez AD, editors. *The global burden of disease.* Geneva: WHO; 1996.
 7. American Psychiatric Association. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-IV-TR.* 4. ed. rev. Porto Alegre: Artmed; 2002.
 8. Hollander E. Obsessive-compulsive disorder: the hidden epidemic. *J Clin Psychiatry.* 1997;58(Suppl 12):3-6.
 9. Cordioli AV, Heldt E, Bochi DB, Margis R, de Sousa MB, Tonello JF, et al. Cognitive-behavioral group therapy in obsessive-compulsive disorder: a clinical trial. *Rev Bras Psiquiatr.* 2002;24(3):113-20.
 10. Miguel EC, Ferrão YA, Rosário MC, Mathis, MA, Torres AR, Fontenelle LF, et al. The Brazilian Research Consortium on Obsessive-Compulsive Spectrum Disorders: recruitment, assessment instruments, methods for the development of multicenter collaborative studies and preliminary results. *Rev Bras Psiquiatria.* 2008;30:185-96.
 11. Purdon C, Clark DA. *Overcoming obsessive thoughts: how to gain control of your OCD.* Oakland: New Harbinger Publications; 2005.
 12. Rachman SJ. A cognitive theory of obsessions. *Behav Res Ther.* 1997;35:(9):793-802.
 13. Clark DA. *Cognitive-behavioral therapy for OCD.* New York: Guilford; 2007.
 14. Davey GC. Disgust: the disease-avoidance emotion and its dysfunctions. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci.* 2011;366(1583):3453-65.

16. Miguel EC, Coffey BJ, Baer L, Savage CR, Rauch SL, Jenike MA. Phenomenology of intentional repetitive behaviors in obsessive-compulsive disorder and Tourette's syndrome. *J Clin Psychiatry*. 1995;56:420-30.
17. Miguel EC, Baer L, Coffey BJ, Rauch SL, Savage CR, O'Sullivan RL, et al. Phenomenological differences appearing with repetitive behaviours in obsessive-compulsive disorder and Gilles de la Tourette Syndrome. *Br J Psychiatry*. 1997;170:140-5.
18. Coles ME, Frost RO, Heimberg RG, Rhéaume J. Not just right experiences: perfectionism, obsessive-compulsive features and general psychopathology. *Behav Res Ther*. 2003;41(6):681-700.
19. Coles ME, Heimberg RG, Frost RO, Steketee G. Not just-right experiences and obsessive-compulsive features: experimental and self-monitoring perspectives. *Behav Res Ther*. 2005;43(2):153-67.
20. Leckman JF, Walker DE, Goodman WK, Pauls DL, Cohen DJ. "Just right" perceptions associated with compulsive behavior in Tourette's syndrome. *Am J Psychiatry*. 1994;151(5):675-80.
21. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. 5th ed. Arlington: American Psychiatric Association; 2013.
22. Rachman S. A cognitive theory of compulsive checking. *Behav Res Ther*. 2002;40:625-39.
23. McGuire JF, Storch EA, Lewin AB, Price LH, Rasmussen SA, Goodman WK. The role of avoidance in the phenomenology of obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry*. 2012;53(2):187-94.
24. Starcevic V, Berle D, Brakoulias V, Sammut P, Moses K, Milicevic D, et al. The nature and correlates of avoidance in obsessive-compulsive disorder. *Aust N Z J Psychiatry*. 2011;45(10):871-9.
25. Ladouceur R, Freeston MH, Gagnon F, Thibodeau N, Dumont J. Cognitive-behavioral treatment of obsessions. *Behav Modif*. 1995;19(2):247-57.
26. Salkovskis PM. Understanding and treating obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther*. 1999;37(Suppl 1):S29-52.
27. Freeston MH, Ladouceur R. What do patients do with their obsessive thoughts? *Behav Res Ther*. 1997;35:335-48.
28. Rachman S, Shafran R, Mitchell D, Trant J, Teachman B. How to remain neutral: an experimental analysis of neutralization. *Behav Res Ther*. 1996;34(11-12):889-98.
29. Tata PR, Leibowitz JA, Prunty MJ, Cameron M, Pickering AD. Attentional bias in obsessional compulsive disorder. *Behav Res Ther*. 1996;34(1):53-60.
30. Najmi S, Hindash AC, Amir N. Executive control of attention in individuals with contamination-related obsessive-compulsive symptoms. *Depress Anxiety*. 2010;27(9):807-12.
31. Wegner DM. White bears and other unwanted thoughts: suppression, obsession, and the psychology of mental control. New York: Viking; 1989.
32. Abramowitz JS, Deacon BJ, Olatunji BO, Wheaton MG, Berman NC, Losardo D, et al. Assessment of obsessive compulsive symptom dimensions: development and evaluation of the Dimensional Obsessive-Compulsive Scale. *Psychol Assess*. 2010;22(1):180-98.
33. Mataix-Cols D, Rosario-Campos MC, Leckman, JF. A multidimensional model of obsessive-compulsive disorder. *Am J of Psychiatry*. 2005;162:228-38.
34. Rosario-Campos MC, Miguel EC, Quatrano S, Chacon P, Ferrao Y, Fidley D, et al. The Dimensional Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (DY-BOCS): an instrument for assessing obsessive-compulsive symptom dimensions. *Mol Psychiatry*. 2006;11(5): 495-504.
35. Bloch MH, Landeros-Weisenberger A, Rosario MC, Pittenger C, Leckman JF. Meta-analysis of the symptom structure of obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry*. 2008;165(12):1532-42.
36. Pinto A, Greenberg BD, Grados MA, Bienvenu OJ 3rd, Samuels JF, Murphy DL, et al. Further development of YBOCS dimensions in the OCD Collaborative Genetics study: symptoms vs. categories. *Psychiatry Res*. 2008;160(1):83-93.
37. Matsunaga H, Hayashida K, Kiriike N, Maebayashi K, Stein DJ. The clinical utility of symptom dimensions in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Res*. 2010;180(1):25-9.
38. Leckman JF, Rauch SL, Mataix-Cols D. Symptom dimensions in obsessive-compulsive disorder: implications for the DSM-V. *CNS Spectr*. 2007;12(5):376-87, 400.
39. Mataix-Cols D, Frost RO, Pertusa A, Clark LA, Saxena S, Leckman JF, et al. Hoarding disorder: a new diagnosis for DSM-V? *Depress Anxiety*. 2010;27(6):556-72.

2

ARISTIDES VOLPATO CORDIOLI

Diagnóstico do TOC, diagnóstico diferencial e comorbidades

OBJETIVOS

- Conhecer os critérios diagnósticos do transtorno obsessivo-compulsivo (TOC).
- Conhecer as diferenças do TOC em relação a transtornos que apresentam manifestações clínicas semelhantes.
- Identificar comorbidades em pacientes com TOC.

Pensamentos intrusivos (obsessões) e comportamentos compulsivos fazem parte do quadro clínico de diversos transtornos psiquiátricos, e o profissional necessita distingui-los dos sintomas do TOC. Eles estão presentes nos chamados transtornos do controle dos impulsos (TCIs) – comprar compulsivo, jogo patológico –, nos transtornos da alimentação (comer compulsivo), na hipocondria, no transtorno dismórfico corporal, nos transtornos do espectro do autismo, nas chamadas *grooming disorders* (tricotilomania [TTM], comportamentos auto-mutilantes, roer unhas, beliscar-se), para citar alguns dos mais comuns na clínica. Podem, ainda, fazer parte do quadro clínico de transtornos neurológicos, doenças médicas, ou ser o efeito fisiológico direto de substâncias ou constituir reações adversas de alguns medicamentos. Portanto, uma das primeiras questões que se apresenta ao clínico quando avalia um paciente com obsessões e/ou compulsões é ter em mente todas essas possibilidades para poder fazer o diagnóstico de TOC com segurança. É muito comum a confusão desses quadros com o TOC, e a abordagem terapêutica, tanto psicoterápica como psicofarmacológica, costuma ser distinta.

Uma segunda questão na avaliação do paciente é a identificação das comorbidades. A regra é que, além dos sintomas obsessivo-compulsivos (OC) típicos do TOC, estejam presentes uma ou mais comorbidades. O chamado TOC “puro” é raro e, na prática, é mais a exceção do que a regra. E, de fato, as pesquisas têm mostrado que mais da metade dos pacientes apresenta concomitantemente outros transtornos psiquiátricos e uma prevalência de comorbidades entre os indivíduos com o transtorno bem maior do que a encontrada na população em geral. A depressão, por exemplo, tem uma prevalência para toda a vida ao redor de 15% na população em geral, e, em indivíduos com TOC, pode estar presente em 40% deles ou até mais. Também é muito comum a comorbidade com transtornos de ansiedade (transtorno de ansiedade generalizada [TAG]/fobias específicas em especial), com transtornos de tiques ou transtorno de Tourette com transtorno de déficit de atenção com ou sem hiperatividade (TDAH), com transtornos do controle dos impulsos, entre outros.

As comorbidades podem ser transtornos independentes do TOC (p. ex., ou TOC e transtorno do humor bipolar [TB]) ou podem fazer parte de um quadro psicopatológico mais complexo (p. ex., TOC relacionado a tiques ou transtorno de Tourette). Podem, ainda, ser consequência do próprio TOC, em razão do grau de sofrimento e incapacitação que acarreta (p. ex., a depressão). Para o clínico, a pergunta que se impõe é: existem comorbidades associadas aos sintomas OC? Elas têm alguma relação com o TOC? Que implicações elas têm sobre os tratamentos habituais do transtorno (antiobsessivos e terapia cognitivo-comportamental [TCC]) e que modificações ou estratégias alternativas são necessárias para que tais pacientes “complicados” possam melhorar? Há mais de uma década, grande parte da pesquisa sobre o TOC tem focado nessas questões, e algumas continuam ainda sem resposta. Em

resumo, na maioria das vezes, na prática clínica, o paciente com TOC apresenta um quadro clínico complexo, no qual o profissional, para fazer o diagnóstico clínico, necessita distinguir o transtorno de quadros que apresentam sintomas semelhantes, bem como excluir a possibilidade de os sintomas fazerem parte do quadro clínico de doenças médicas, especialmente neurológicas, e serem efeito de substâncias, até mesmo de certos medicamentos usados como coadjuvantes na farmacoterapia do transtorno. O profissional deverá, ainda, identificar a presença ou não de comorbidades que podem interferir no tratamento, como é o caso dos transtornos do humor (e da depressão em particular), para poder planejá-lo adequadamente.

Este capítulo tem por objetivo apresentar os critérios atuais para o diagnóstico do TOC, bem como discutir o diagnóstico diferencial com transtornos psiquiátricos que apresentam manifestações clínicas semelhantes e com os quais eventualmente o transtorno se confunde. Serão descritas, ainda, as comorbidades mais comuns observadas em pacientes com TOC, bem como as implicações para o diagnóstico e o tratamento.

➤ O DIAGNÓSTICO DE TOC NOS SISTEMAS CLASSIFICATÓRIOS DSM-IV E DSM-5

DSM-5

Em maio de 2013, foi lançada a quinta revisão do *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (DSM) – DSM-5.¹ Foram feitas pequenas alterações na redação dos critérios diagnósticos, e o TOC deixou de fazer parte dos transtornos de ansiedade (DSM-IV)² para ser incluso em uma nova categoria – transtornos relacionados ao TOC (*Obsessive-compulsive related disorders*) (Quadro 2.1). O colecionismo (ou transtorno de acumulação) foi se-

QUADRO 2.1 > TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO E TRANSTORNOS RELACIONADOS (DSM-5) (*OBSESSIVE-COMPULSIVE AND RELATED DISORDERS*)

- Transtorno obsessivo-compulsivo (300.3)
- Transtorno de acumulação (300.3)
- Transtorno da escoriação (698.4)
- Transtorno do arrancar cabelos (tricotilomania) (312.39)
- Transtorno dismórfico corporal
- Transtorno obsessivo-compulsivo e transtornos relacionados induzidos por substância ou medicação
- Transtorno obsessivo-compulsivo e transtornos relacionados devidos a uma outra condição médica (294.8)
- Outro transtorno obsessivo-compulsivo especificado e transtorno relacionado (300.3)
- Transtorno obsessivo-compulsivo não especificado e transtornos relacionados (300.3)

parado do TOC e incluso no mesmo grupo como um transtorno independente.

No Quadro 2.2, são apresentados os critérios diagnósticos do DSM-5 para o TOC.

MUDANÇAS DOS CRITÉRIOS

DO DSM-IV PARA O DSM-5

Os critérios para o diagnóstico de TOC de acordo com o DSM-5 sofreram pequenas modificações na redação em relação ao texto do DSM-IV. Os conceitos de obsessão e compulsão foram clarificados e simplificados: foi substituída por exemplo, a palavra “impróprio” por “indesejável”; o critério B (reconhecimento de que as obsessões são excessivas e não razoáveis) foi abolido por ser um critério subjetivo e difícil de operacionalizar. Foi sugerido, ainda, que conste mais claramente no texto explicativo a palavra “evitação” e sua função, um sintoma muito comum no TOC e com

QUADRO 2.2 > CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS DO TOC DE ACORDO COM O DSM-5

- A) Presença de obsessões, compulsões ou ambas.

Obsessões são definidas conforme 1 e 2:

1. Pensamentos, impulsos ou imagens recorrentes e persistentes que são experimentados em algum momento durante a perturbação como intrusivos, indesejáveis, e que causam acentuada ansiedade ou desconforto na maioria dos indivíduos.
2. O indivíduo tenta ignorar ou suprimir tais pensamentos, impulsos ou imagens, ou neutralizá-los com algum outro pensamento ou uma ação (p. ex., executando uma compulsão).

Compulsões são definidas por 1 e 2:

1. Comportamentos repetitivos (p. ex., lavar as mãos, organizar, verificar) ou atos mentais (rezar, contar, repetir palavras em silêncio) que o indivíduo se sente compelido a executar em resposta a uma obsessão ou de acordo com regras que devem ser aplicadas rigidamente.
2. Os comportamentos ou atos mentais visam prevenir ou reduzir ansiedade ou desconforto ou prevenir algum evento ou situação temida. Entretanto, esses comportamentos ou atos mentais ou não são conectados de uma forma realística com o que pretendem neutralizar ou prevenir, ou são claramente excessivos.

- B) As obsessões ou compulsões consomem tempo (p. ex., tomam mais de uma hora por dia) ou causam desconforto clinicamente significativo ou comprometimento social, ocupacional ou em outras áreas importantes do funcionamento.



QUADRO 2.2 > CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS DO TOC DE ACORDO COM O DSM-5 (CONTINUAÇÃO)

- C) Os sintomas obsessivo-compulsivos não podem ser atribuídos ao efeito fisiológico direto de uma substância (p. ex., droga de abuso ou medicação) ou a outra condição clínica.
- D) A perturbação não é melhor explicada pelos sintomas de algum outro transtorno mental (p. ex., preocupar-se de forma excessiva como no TAG; preocupação com aparência como no transtorno do corpo dismórfico; dificuldade em descartar ou de se separar de objetos, como no transtorno da acumulação compulsiva; arrancar cabelos, como na tricotilomania; beliscar-se, como no transtorno da escoriação; estereotipias, como no transtorno de movimentos estereotipados; comportamento de comer ritualizado, como nos transtornos da alimentação; preocupação com substâncias ou jogo, como nos transtornos relacionados ao uso de substância ou aditivos; preocupação em ter uma doença, como no transtorno do de ansiedade com doenças; impulsos sexuais e fantasias, como nos transtornos parafílicos; impulsos, como nos transtornos disruptivo, de controle de impulsos e de conduta; ruminações de culpa, como nos transtorno depressivo maior; inserção do pensamento e preocupações delirantes, como nos transtornos do espectro da esquizofrenia e outros transtornos psicóticos; ou padrões de comportamento repetitivo, como nos transtornos do espectro do autismo).

Especificar se:

- Insight *bom ou razoável*: o indivíduo reconhece que as crenças relacionadas ao TOC podem não ser verdadeiras, ou que elas definitivamente não são verdadeiras.
- Insight *pobre*: o indivíduo pensa que as crenças relacionadas ao TOC são provavelmente verdadeiras.
- Insight *ausente*: o indivíduo está completamente convencido de que as crenças relacionadas ao TOC são verdadeiras.

Especificar se:

O TOC é relacionado a tiques: se o indivíduo tem no presente, ou teve no passado transtorno de tique.

Fonte: American Psychiatric Association.¹

a mesma função das compulsões. Também foi sugerido que seja destacada, mesmo que no texto descritivo, a característica de as obsessões e compulsões no TOC geralmente não serem agradáveis, bem como as principais dimensões de sintomas. Foi reescrito o critério C (significância clínica), que passou para B; foi reescrita e ampliada a lista de transtornos com as quais deve ser feito o diagnóstico diferencial (critério D); foi incluído um subtipo de TOC – relacionado a tiques; foram revisados os especificadores (*insight*), que podem variar de “bom” a “ausente”.³

CID-10

A *Classificação internacional de doenças e problemas relacionados à saúde* (CID-10)⁴ também está passando por uma revisão, mas a CID-11 ainda não tem data para ser lançada. Na CID-10, o transtorno obsessivo-compulsivo (Quadro 2.3) está incluso na categoria dos “Transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o estresse e transtornos somatiformes” (F40-F48), em uma categoria específica (F42), subdividido, ainda, nas subcategorias F40.0 – com predominância de pensamentos obsessivos ou ruminações obsessivas, F42.1 –

QUADRO 2.3 > CRITÉRIOS PARA DIAGNÓSTICO DO TOC DE ACORDO COM A CID-10

- A. Compulsões ou obsessões (ou ambas) estão presentes na maioria dos dias, por um período de pelo menos duas semanas.
- B. Obsessões (pensamentos, ideias, imagens) e compulsões (atos) compartilham os seguintes aspectos, os quais devem estar presentes:
 - 1) São reconhecidas como originando-se da mente do paciente, e não impostas por pessoas ou influências externas.
 - 2) São repetitivas e desagradáveis, e pelo menos uma obsessão ou compulsão reconhecida como excessiva e irracional deve estar presente.
 - 3) O paciente tenta resistir a elas (mas a resistência a obsessões ou compulsões de longa duração pode ser mínima). Pelo menos uma obsessão ou compulsão à qual se resiste sem êxito deve estar presente.
 - 4) A vivência do pensamento obsessivo ou a realização do ato compulsivo não é prazerosa em si mesma (isso deve ser distinguido do alívio temporário de tensão ou ansiedade).
- C. As obsessões ou compulsões causam angústia ou interferem no funcionamento social ou individual do paciente, geralmente pela perda de tempo.
- D. As obsessões e compulsões não são o resultado de outros transtornos mentais, tais como esquizofrenia e transtornos relacionados ou transtornos do humor.

Fonte: Organização Mundial da Saúde.⁴

com predominância de comportamentos compulsivos (rituais obsessivos), F42.2 pensamentos e atos obsessivos mistos.

Os critérios da CID-10 apresentam algumas diferenças em relação ao DSM. Não especificam um tempo mínimo gasto por dia em rituais ou obsessões (> de 1 hora), mas os si-

tomas devem estar presentes na maior parte dos dias, por duas semanas; a vivência do pensamento obsessivo ou a realização do ato compulsivo não deve ser prazerosa; pelo menos uma obsessão ou compulsão reconhecida como excessiva e irracional deve estar presente; deve haver pelo menos um sintoma ao qual o paciente não consegue resistir, o que supõe que deva haver algum grau de *insight*, enquanto o DSM-5 prevê a possibilidade de ausência de *insight*.⁴

➤ DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DO TOC EM RELAÇÃO A OUTROS TRANSTORNOS PSQUIÁTRICOS E CONDIÇÕES CLÍNICAS

Obsessões e compulsões podem fazer parte do quadro clínico de outros transtornos psiquiátricos e de diversas doenças, particularmente transtornos neurológicos, podendo, ainda, ser efeito fisiológico direto de várias substâncias, inclusive de medicamentos. Antes de estabelecer o diagnóstico positivo de TOC, o profissional deverá fazer o diagnóstico diferencial em relação a todas essas condições, que podem ter sintomas semelhantes.

TRANSTORNO DA PERSONALIDADE OBSESSIVO-COMPULSIVA (TPOC)

Os indivíduos que apresentam TPOC se caracterizam por serem perfeccionistas, excessivamente preocupados com detalhes, cumprimento de regras, organização e horários. São exigentes, rígidos e inflexíveis em questões de moral tanto para consigo mesmos como em relação aos outros. Caracterizam-se, ainda, pelo excessivo devotamento ao trabalho e à produtividade, com prejuízo de atividades de lazer e das amizades. São controladores, centralizadores das decisões, excessivamente responsáveis, tendo dificuldades para delegar ta-

refas e trabalhar com outras pessoas. São teimosos, obstinados, com dificuldade em aceitar opiniões divergentes, ouvir críticas e aceitar falhas. Consideram sua maneira de ser correta (egossintônicos) e se sentem bem em conseguir agir de acordo com seus padrões de exigência, mesmo que muito elevados, e sofrem quando não conseguem atingi-los.^{1,5}

Em comum com o TOC, os indivíduos com TPOC são perfeccionistas, tendem a ser atormentados por dúvidas recorrentes (intolerância à incerteza), indecisões, necessitam repetir tarefas e demoram a completá-las em razão do perfeccionismo, fazem verificações para ter controle e para não cometer falhas. Outro aspecto em comum são as compulsões por acumular objetos. Indivíduos com TOC e TPOC podem apresentar dificuldade ou incapacidade de se desfazer de objetos usados ou inúteis, mesmo quando não têm valor sentimental. Com frequência, adotam um estilo miserável quanto a gastos pessoais e com outras pessoas, e o dinheiro é visto como algo que deve ser guardado para enfrentar catástrofes futuras. No TPOC, os objetos muitas vezes são guardados com zelo e controle. No transtorno da acumulação compulsiva ou na acumulação compulsiva associada ao TOC, geralmente os sintomas são mais graves; os objetos são guardados em desordem, atravancam os espaços, que se tornam descaracterizados quanto ao uso a que se propunham. “Incapacidade de desfazer-se de objetos usados ou inúteis mesmo quando não têm valor sentimental” continua sendo um critério de TPOC no DSM-5.

No TPOC, embora os traços OC e as manifestações comportamentais tenham uma qualidade compulsiva (intencionais, repetitivos, difíceis de resistir ou controlar), eles são egossintônicos, isto é, percebidos como corretos e em acordo com as normas internas e os ideais do indivíduo, e são menos incapacitantes do que no TOC, no qual não são prazerosos e são associados a desconforto (egodistônicos). No

TPOC, não existem obsessões ou compulsões definidas de forma estrita – pensamentos intrusivos (obsessões) envolvendo riscos, acompanhados de medo e ansiedade precedendo as compulsões, que são realizadas com a finalidade de afastar ou eliminar a ameaça e reduzir o desconforto, como no TOC. No TPOC, a ameaça eventualmente é mais “moral”, de cometer uma falha ou de não cumprir com um compromisso (chegando atrasado, por exemplo) ou com a palavra empenhada.

A prevalência de TPOC na população em geral é de 0,9 a 2%, enquanto a de TOC é de 2 a 3%.⁵ O TPOC, entretanto, é comum em indivíduos com TOC e ocorre em 25 a 32% deles. Já a prevalência de TOC em amostras de pacientes com TPOC está em torno de 20%. Foi proposto que a comorbidade de TOC e TPOC represente um subtipo específico de TOC, com início dos sintomas mais precoce e frequência maior de obsessões por simetria e compulsões por limpeza, ordem, repetições e acumulação compulsiva, mas essa sugestão necessita ser estabelecida com mais consistência.^{6,7}

Por fim, deve-se destacar que as evidências de resposta do TPOC aos inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRs) e à terapia de exposição e prevenção de resposta (EPR) são incompletas, podendo, entretanto, os pacientes com esses transtornos beneficiar-se de terapias de longo prazo (TCC ou psicodinâmicas).

HIPOCONDRIA (TRANSTORNO DE ANSIEDADE COM DOENÇAS)

A hipocondria caracteriza-se pela ideia de ter, ou pelo medo persistente de ter (ou de vir a ter), uma doença grave, com base na interpretação errônea de um ou mais sintomas físicos. Existem muitas semelhanças entre a hipocondria e o TOC, até porque obsessões sobre a possibilidade de estar tendo uma doença são comuns no TOC. Na hipocondria, ocorrem pensamentos persistentes, dúvidas e ruminações

sobre a possibilidade de ter uma doença grave, alto nível de ansiedade com a saúde (obsessões) seguidas de hipervigilância sobre eventuais sintomas físicos, verificação frequente de pulso, pressão e temperatura (muitas vezes em situações em que existem variações normais, como durante a prática de exercícios físicos ou em momentos de estresse), checagens repetidas do próprio corpo (do abdome, do pescoço, em busca de linfonodos, do pulso das carótidas) e, sobretudo, repetições de exames e de avaliações médicas. O tema central das preocupações é a saúde e a possibilidade de ter uma doença grave. Os hipocondríacos necessitam frequentemente obter garantias com os profissionais de que não apresentam nada de grave, sendo esta, muitas vezes, a única forma de se tranquilizarem. No TOC também pode ocorrer uma preocupação com doenças, mas normalmente é com a possibilidade de se ter contaminado (com HIV) ou de vir a se contaminar no futuro (com radiações, com vírus H1N1, HIV, leptospirose, hepatite) seguida de evitações e lavagens excessivas. Além disso, podem estar presentes sintomas de outras dimensões (verificações, pensamentos indesejáveis, simetria/alinhamento, armazenamento). Avaliações distorcidas, como percepção exacerbada do risco, necessidade de ter certeza, pensamentos catastróficos e hipervigilância são aspectos cognitivos comuns aos dois transtornos.⁸

Os pacientes hipocondríacos geralmente relutam em procurar um psiquiatra, devido à convicção de que estão tendo uma doença física e à ausência de *insight* no sentido de reconhecer que se trata de um transtorno mental. A meta, com esses pacientes, é o controle dos sintomas por meio de consultas regulares com um clínico de confiança, que garanta que estão sendo bem cuidados e que investigações serão feitas sempre que houver qualquer evidência de que possam estar apresentando algum problema clínico, evitando-se a repetição de procedimentos e exames desnecessários. A hipo-

condria apresenta alguma resposta aos mesmos medicamentos utilizados no TOC e, em especial, à terapia cognitivo-comportamental e ao manejo comportamental de estresse.^{8,9}

TRANSTORNO DISMÓRFICO CORPORAL

Facilmente confundido com o TOC, o transtorno dismórfico corporal (TDC) é conhecido popularmente como a “feiura imaginária”. Sua principal característica é a preocupação excessiva com um aspecto ou defeito na aparência pessoal, a ponto de causar sofrimento significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional (DSM-IV).² Essas preocupações, que lembram muito as obsessões ou as ruminações do TOC, incluem diversos defeitos imaginários na face ou na cabeça, na pele, na quantidade de cabelos ou no formato do rosto. As queixas mais comuns são em relação ao rosto, às orelhas, aos seios e aos órgãos genitais, estes em homens (tamanho ou volume do pênis), mas também são frequentes em relação ao nariz, aos cabelos, a pintas ou à quantidade de pelos do tórax ou das costas. Praticamente todos os pacientes apresentam um ou mais comportamentos repetitivos que lembram rituais, como se comparar aos outros, camuflar ou tocar de forma repetida áreas do corpo das quais não gostam, confirmar com as outras pessoas, exercitar-se excessivamente ou comprar demasiadamente produtos de beleza para compensar detalhes da aparência supervalorizados ou defeitos imaginários.

As preocupações que ocorrem no TDC apresentam muitas semelhanças com as obsessões do TOC. São pensamentos intrusivos cujo conteúdo são preocupações persistentes e recorrentes (obsessões) com a aparência, tendo como conteúdo avaliações distorcidas negativas, focadas em algum aspecto da aparência (semelhança com o que ocorre na anorexia nervosa), acompanhadas de grande afli-

ção, as quais induzem o paciente a executar de forma repetida atos destinados a diminuí-la, como se verificar no espelho, apalpar-se, comparar-se aos outros ou perguntar repetidamente (que lembram as verificações do TOC).

O TDC ocorre em 6,8% dos indivíduos com TOC, e sua prevalência é ainda maior, de 21,5%, quando, além do TOC, existem associadas as chamadas *grooming disorders* (tricotilomania, automutilações como se beliscar, morder os lábios ou a cutícula e roer unhas), sugerindo que esse grupo constitua um subgrupo distinto entre as diferentes apresentações (fenótipos) do TOC.¹⁰ É muito comum em pacientes que procuram clínicas dermatológicas, dos quais em torno de 15% apresentam TDC.¹¹

Os pacientes com TDC tendem a ter *insight* menor do que os que têm TOC e a considerar suas preocupações como verdadeiras, com frequência em nível delirante (de 27 a 60%), enquanto no TOC apenas 2% apresentam obsessões nesse nível.¹² Acompanham sentimentos de não serem admirados ou apreciados pelos outros, de serem pessoas sem atrativos ou inadequadas. Evitam situações em que tenham que se expor publicamente, como em praias, piscinas e chuveiros públicos, lembrando, de certa forma, o que ocorre na ansiedade social. Tem sido sugerido que, no DSM-5,¹³ o TDC seja incluso no grupo dos transtornos obsessivo-compulsivos relacionados ao TOC.¹³

Aparentemente, a TCC é a abordagem mais efetiva para o tratamento de pacientes com TDC.¹⁴ Existem algumas evidências de eficácia no TDC do uso de ISRSs, como a fluoxetina e a clomipramina.¹⁵⁻¹⁸

➤ TRANSTORNO DE TIQUES E TRANSTORNO DE TOURETTE

Tiques são movimentos motores ou vocalizações súbitos, rápidos, recorrentes, estereotípicos e não rítmicos (DSM-IV).² Podem ser pre-

cedidos por sensações subjetivas de desconforto, como coceira, tensão ou aperto nas áreas do tique, ou, ainda, por tensão mental interna. Em crianças, é mais difícil do que em adultos identificar as sensações premonitórias, que precedem os tiques. No transtorno de Tourette, além de tiques motores, estão presentes vocalizações (tiques vocais).

Os meninos são três vezes mais afetados do que as meninas. Os tiques motores e vocais podem ser simples (envolvendo apenas alguns músculos ou sons simples), como piscar de olhos, torcer o nariz, contrair o pescoço, encolher os ombros, contrair os lábios ou a testa, grunhir, tossir, fungar, pigarrear; ou complexos (envolvendo múltiplos grupos musculares ou palavras), como empurrar o braço, chutar, espernear, movimentar os lábios como se fosse beijar, virar a cabeça, jogar o pescoço, fazer gestos, pular, tocar, bater com os pés, cheirar repetidamente um objeto, acocorar-se, dobrar os joelhos ou imitar involuntária e espontaneamente o comportamento de outra pessoa (ecopraxia). Em poucos casos, as vocalizações incluem frases ou palavras inapropriadas (palavrões) – a chamada coprolalia, que não são nem voluntárias, nem intencionais, e a copropraxia (gestos vulgares, obscenos ou sexuais súbitos).

Em indivíduos com TOC, a presença de tiques é muito comum, particularmente em meninos com TOC de início na infância, podendo afetar de 40 a 60% dos indivíduos, e essa prevalência aumentada é bidirecional: também são muito comuns sintomas OC em indivíduos com tiques (26,2%).^{19,20} O TOC associado a tiques constitui, de acordo com o DSM-5,¹ um subgrupo específico de pacientes.

Existem semelhanças e diferenças entre tiques e comportamentos repetitivos do TOC – o que pode provocar dúvidas e, eventualmente, problemas diagnósticos. Tanto os tiques como as compulsões são atos que o indivíduo é compelido a executar, aos quais pode

resistir à custa de aumento da tensão interna. A execução de ambos leva a um alívio dessa tensão. Os tiques são movimentos rápidos, não planejados, não intencionais, nem sempre previsíveis, geralmente incontroláveis ou controláveis voluntariamente por períodos curtos de tempo e não são realizados com um propósito específico. As compulsões, no TOC, são atos voluntários, repetitivos, executados em resposta a uma obsessão (p. ex., lavar as mãos para evitar uma contaminação) e mais próximos dos comportamentos “normais”. Geralmente precedidas por uma cognição ou pensamento catastrófico específico, são executadas com uma intenção e uma finalidade: diminuir (neutralizar) o medo, a ansiedade ou o desconforto associados a uma obsessão, afastar uma ameaça ou prevenir um acontecimento indesejado ou um desastre. É possível resistir à sua execução mesmo por longos períodos, o que não ocorre com os tiques.

No TOC existe, entretanto, um grupo de compulsões ou atos motores muito semelhantes aos tiques, ou *tique-like*, em relação aos quais eventualmente é difícil fazer o diagnóstico diferencial. Essas compulsões podem não ser precedidas por uma cognição específica, mas por sensações físicas (fenômenos sensoriais) de tensão, coceira, que são aliviadas com a execução do ato compulsivo, por exemplo, tocar, raspar, olhar para o lado, dar batidinhas, abaixar-se, que lembram muito os tiques. Outros rituais, como alinhar, ordenar, apresentar compulsão por simetria, precedidos, muitas vezes, também por sensações ou experiências do tipo *not just right* podem ser difíceis de distinguir de tiques motores mais complexos. As compulsões do TOC geralmente são atos voluntários, precedidos por uma justificativa, aos quais o indivíduo pode resistir mesmo por longos períodos.

A distinção entre os dois tipos de sintomas é importante em razão das implicações terapêuticas. Ao contrário do TOC, os tiques ou a

ST não respondem à TCC, mas ao uso de medicamentos como haloperidol, pimozida, risperidona e clonidina e à terapia denominada reversão de hábitos.

► TRANSTORNOS GLOBAIS DO DESENVOLVIMENTO

Os transtornos globais do desenvolvimento caracterizam-se por dificuldades na interação social e de comunicação decorrentes de um comprometimento grave e global de diversas áreas responsáveis por essas habilidades. Observam-se, também, estereotipias de comportamento, bem como um repertório restrito e também estereotipado de interesses e atividades (DSM-IV).² Esses últimos sintomas lembram obsessões e compulsões e, por esse motivo, podem ser confundidos com o TOC. Entre os transtornos globais do desenvolvimento, destacam-se os transtornos do grupo do autismo, como o transtorno autista e o transtorno de Asperger, que com frequência são confundidos com TOC.

TRANSTORNO DO ESPECTRO DO AUTISMO

No transtorno do espectro do autismo existe um marcado comprometimento da capacidade de interagir socialmente, de estabelecer relacionamentos com as outras pessoas, da capacidade de utilizar comportamentos não verbais para comunicação – contato visual, expressão facial, posturas e gestos, com atrasos – e até ausência de comunicação verbal. Os indivíduos apresentam, ainda, padrões restritos e repetitivos de comportamento, de interesses e atividades, adesão irrestrita a rotinas ou rituais específicos e não funcionais, maneirosismos motores estereotipados e repetitivos (agitá ou torcer as mãos ou os dedos ou realizar movimentos complexos em todo o corpo) realizados sem uma finalidade. O transtorno

do espectro do autismo engloba vários transtornos designados até a pouco como autismo infantil, autismo atípico e transtorno de Asperger (DSM-5). No TOC, os comportamentos repetitivos ou compulsões são comportamentos mais complexos, realizados em resposta a obsessões e com a finalidade de diminuir o desconforto associado. Não existe o marcado comprometimento da interação social característico dos transtornos do espectro do autismo.

SÍNDROMES GENÉTICAS

SÍNDROME DE PRADER-WILLI

A síndrome de Prader-Willi (SPW) é um transtorno genético complexo caracterizado por retardamento mental leve, comportamento incessante de busca por comida, teimosia e explosões de agressividade. Tanto obsessões relacionadas ou não a alimentos quanto compulsões – como simetria, ordenamento, exatidão, arranjo, preocupações com contaminação e limpeza, acumulação compulsiva, necessidade de se confessar – são comuns entre indivíduos com SPW.²¹ Não existem relatórios publicados sobre o tratamento dos sintomas do TOC na SPW. A terapia de EPR parece ter alguma utilidade na redução das compulsões não relacionadas à comida.

SÍNDROME DE DOWN

A síndrome de Down (SD) é um distúrbio cromossômico caracterizado pela presença total ou parcial de um cromossomo 21 extra. Characteriza-se por comprometimento da capacidade cognitiva (retardo mental), do crescimento físico, do desenvolvimento e da aparência facial. Indivíduos com SD têm uma prevalência relativamente alta de TOC, quase o dobro da que tem sido descrita na população em geral. Entre os indivíduos com SD e TOC são comuns a lenitidão obsessiva, a necessidade de exatidão e as compulsões de ordenamento/organização.²²

DOENÇA DE WILSON

A doença de Wilson é uma doença genética neurodegenerativa com ampla heterogeneidade dos sintomas e que geralmente se apresenta com doença hepática e/ou manifestações neuropsiquiátricas. As manifestações neurológicas mais comuns são disartria, distúrbios da marcha, distonia, rigidez, tremor, disfagia e coreia. As manifestações psiquiátricas mais frequentes são mudanças de personalidade e do humor, depressão, fobias, comprometimento cognitivo, psicose, ansiedade, comportamento compulsivo e impulsivo. O TOC isolado é uma apresentação rara da doença de Wilson.²³

TRANSTORNOS DO CONTROLE DOS IMPULSOS

Até o DSM-IV-TR, os transtornos do controle de impulsos (TCIs) incluíam uma variedade de comportamentos compulsivos, como tricotilomania, roer as unhas, beliscar-se e escoriações diversas (arranhar-se, cortar-se, coçar o globo ocular ou tentar arrancá-lo, coçar feridas na pele ou no couro cabeludo, cutucar). No DSM-5, a tricotilomania e as escoriações (beliscar a pele, roer unhas) passaram a ser incluídas no grupo do transtorno obsessivo-compulsivo e transtornos relacionados (*obsessive-compulsive and related disorders*). O jogo patológico adquiriu *status* de um transtorno específico – *gambling disorder* ou transtorno do jogo (312.31). O jogo patológico, o sexo compulsivo, a compulsão por roubar (kleptomania) e a piroomania com frequência são confundidos com o TOC. Práticas como *skin picking* (SP) patológico, tricotilomania e roer unhas têm sido designados coletivamente como *grooming disorders* (GDs), pois lembram comportamentos repetitivos observados em animais, como lamber as patas ou arrancar penas. Os pacientes com tais condições, muitas vezes, cobrem o corpo para esconder as lesões, que podem in-

flamar e até infeccionar. A presença de TCIs em indivíduos com TOC é alta, variando de 16,4 até quase 40%.^{20,24,25}

Existem algumas semelhanças e diferenças entre os transtornos descritos e o TOC. Nos TCIs, os indivíduos agem impulsivamente, motivados por uma antecipação de que irão sentir prazer ou excitação e não se preocupam com as consequências (p. ex., no jogo patológico, no comprar compulsivo). O ato em si é prazeroso, embora possa haver arrependimento depois. No TOC, os rituais são precedidos por medo, angústia, pela presença de obsessões de conteúdo negativo e catastrófico, e os rituais são realizados para aliviar o medo ou desconforto e para afastar ameaças ou a possibilidade de falhas.²⁶

TRICOTILOMANIA (TTM) E SKIN PICKING (ESCORIAÇÕES)

Tricotilomania (TTM) é o comportamento recorrente de arrancar cabelos, resultando em perda capilar perceptível. Os cabelos podem ser arrancados de qualquer região do corpo, sendo as mais comuns o couro cabeludo, as sobrancelhas e os cílios. Também podem ser arrancados pelos das regiões pubiana, retal ou axilar. Os indivíduos que apresentam o transtorno podem, ainda, tentar arrancar os cabelos de outras pessoas, pelos de animais de estimação, fios de tapetes, de blusas ou até de carpetes. Além de arrancar o cabelo, podem apresentar alguns comportamentos associados, como examinar a raiz capilar ao arrancá-la, enfiar uma mecha entre os dentes ou comer os fios arrancados (tricofagia).

O impulso para arrancar cabelos é desencadeado em situações de estresse ou em momentos de ansiedade, mas não é precedido por obsessões, como geralmente ocorre no TOC, e sim pela sensação de tensão crescente que ocorre imediatamente antes do ato, segui-

da da sensação de gratificação, prazer ou de alívio e diminuição da tensão (DSM-5).¹

O termo *skin picking* (escoriações) compreende atos repetitivos como beliscar ou arranhar a pele, machucar-se com algum instrumento, morder os lábios ou as cutículas, coçar o couro cabeludo, cutucar uma berruga ou tentar arrancá-la, etc. Tais comportamentos são precedidos por sensações de tensão, ocorrem em momentos de estresse e são acompanhados por ansiedade. O SP ocorre em 16,3% dos indivíduos com TOC e é bem mais comum em mulheres, com alto índice de roer unhas associado e uma prevalência aumentada de *grooming disorders* em familiares de primeiro grau.^{10,28,29}

A comorbidade de TTM e as *grooming disorders* como grupo e o TOC é mais comum em mulheres, cujos sintomas OC iniciaram mais cedo, de nível educacional mais elevado e que tendem ainda a apresentar o transtorno dismórfico corporal associado.¹⁰ Talvez as *grooming disorders* sejam inclusas no grupo dos transtornos obsessivo-compulsivos relacionados ao TOC.²⁹

COMPRAS COMPULSIVAS, JOGO PATOLÓGICO, SEXO COMPULSIVO

Compras compulsivas, jogo patológico e sexo compulsivo podem ser confundidos com o TOC na medida em que os indivíduos com esses sintomas apresentam obsessões relacionadas a certos temas, como compras, sexo promíscuo e jogo e, aparentemente, atuam de forma compulsiva: experimentam tensão crescente, que os leva a praticar algum ato impulsivo geralmente prejudicial a si próprio. A execução do ato é acompanhada da sensação de prazer ou alívio de tensão. A distinção entre esses problemas e o TOC reside no fato de a pessoa obter alívio de tensão ou até mesmo prazer com tais comportamentos, que podem envolver um grau maior ou menor de risco e que

são executados de forma impulsiva, sem planejamento e sem controle, mesmo que a pessoa venha a se arrepender posteriormente. Não há cognições de conteúdo catastrófico ou ameaças a serem afastadas precedendo tais comportamentos. Não há, no momento da execução, preocupação maior com o prejuízo que possa resultar do ato praticado. Já as compulsões do TOC são precedidas por obsessões de conteúdo negativo ou catastrófico; não produzem prazer, e sim alívio da ansiedade ou do medo. Por sua vez, no TOC, os pacientes têm medo de realizar atos que representam algum risco para si ou para outras pessoas.

Em razão da ausência de sofrimento, de *insight* e de motivação e de prazer associado, os compradores compulsivos, os jogadores patológicos e os compulsivos sexuais dificilmente buscam tratamento, pois terão que abandonar comportamentos que muitas vezes são excitantes ou prazerosos. Embora a terapia cognitivo-comportamental possa ser útil nesses transtornos, as técnicas utilizadas são distintas, e a efetividade no tratamento dessas condições não está bem estabelecida.

SINTOMAS OBSESSIVO-COMPULSIVOS SECUNDÁRIOS A PROBLEMAS NEUROLÓGICOS E A OUTRAS DOENÇAS

Inúmeras condições clínicas, especialmente neurológicas, podem apresentar entre suas manifestações sintomas OC. Existem relatos de casos de sintomas OC após traumatismo craniencefálico (TCE) (acidentes de carro), após acidentes vasculares cerebrais isquêmicos ou hemorrágicos que comprometam circuitos relacionados aos gânglios da base (núcleo caudado, tálamo), ao córtex orbitofrontal direito; ou então associados a doenças como esclerose múltipla, neuroacantose, doença de Wilson, doença de Parkinson, doença de Huntington (degeneração do núcleo caudado), coreia de

Sydenham, paralisia supranuclear progressiva, tumores cerebrais, epilepsia como sequela de neurocirurgia, neurocirurgia da epilepsia, após encefalites virais, toxoplasmose, febre reumática, nos transtornos neuropsiquiátricos associados a infecções pelo estreptococo beta-hemolítico (PANDAS), após envenenamento por dióxido de carbono, entre outras condições. São necessárias evidências a partir dos achados da história, do exame físico ou de exames laboratoriais de que as manifestações OC sejam atribuíveis a uma condição clínica (DSM-5).¹

TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO INDUZIDO POR SUBSTÂNCIA OU TRANSTORNOS RELACIONADOS (DSM-5)

Sintomas OC podem surgir por efeito fisiológico direto do uso de substâncias, e é sempre prudente fazer esse diagnóstico diferencial. O DSM-5 estabelece alguns critérios. São necessárias evidências a partir dos achados da história, do exame físico ou de exames laboratoriais de que os sintomas OC predominem no quadro clínico e de que se desenvolveram durante ou no período de 1 mês após uso persistente, intoxicação ou abstinência de substância.¹ Manifestam-se predominantemente sob a forma atos compulsivos repetitivos, geralmente não precedidos de obsessões, executados sem uma finalidade ou sem um foco, parecendo movimentos robóticos.

O surgimento de sintomas OC tem sido relatado durante o uso de risperidona, clozapina, aripiprazol, quetiapina, topiramato no tratamento de pacientes com esquizofrenia ou transtorno do humor bipolar. Há relatos também do surgimento de sintomas OC durante a terapia com interferon, um medicamento utilizado no tratamento de hepatite C, esclerose múltipla, câncer sistêmico e leucemia, assim como no uso abusivo de *ecstasy* e na retirada da metadona.

► COMORBIDADES COM O TOC

Os transtornos descritos até agora apresentam semelhanças com o TOC, provocando, muitas vezes, dificuldades para o diagnóstico diferencial. Alguns deles frequentemente são comorbidades, como é o caso do TPOC, dos tiques e das *grooming disorders*. A presença de comorbidade é muito comum em indivíduos com TOC; é mais a regra do que a exceção. Um estudo entrevistou um total de 25.180 indivíduos na comunidade e encontrou 444 com TOC, sendo que 35,7% apresentavam pelo menos uma comorbidade ao longo da vida.³⁰ Outras pesquisas apontam cifras que excedem 50%. Ou seja: é muito comum a presença de um ou mais transtornos psiquiátricos associados ao TOC. A seguir, serão descritos transtornos que com frequência são comórbidos com o TOC, bem como as implicações para o diagnóstico e o planejamento tanto do tratamento medicamentoso como psicoterápico.

DEPRESSÃO, IDEAÇÃO SUICIDA

Depressão é a comorbidade mais comum no TOC. As taxas variam em razão de as amostras serem distintas: amostras clínicas ou populacionais. Um estudo mostrou que 67,2% dos pacientes com TOC tiveram depressão maior (grave) ao longo da vida, e 44% a apresentavam na época da pesquisa.³¹ Outro estudo encontrou uma prevalência de 64,1%,³² enquanto outros encontraram prevalências menores (de 37,7%).²⁰ Já uma pesquisa de base populacional, com mais de 25 mil pessoas, encontrou uma taxa de 14% de depressão maior ao longo da vida nos indivíduos que apresentavam TOC.³⁰ A depressão comórbida com o TOC pode estar relacionada à própria psicopatologia do transtorno, ser secundária a ele ou ser um transtorno independente.

No TOC, é muito comum a depressão associada a obsessões indesejáveis de conteúdo

agressivo, sexual ou blasfemo, pelas quais o paciente se culpa devido ao medo de praticá-las, em razão de escrúpulos sobre a possibilidade de falhas morais ou de falhas em geral, ou ainda quando os sintomas OC são muito graves, incapacitantes. Na prática, é comum, quando os sintomas depressivos são consequência do TOC, a melhora dos sintomas OC ser acompanhada de melhorias no humor.

Os sintomas depressivos podem, no entanto, ser manifestações de um transtorno do humor unipolar (depressão maior, distimia) ou um episódio depressivo do TB, independentes do TOC. Como regra, tais sintomas preexistiam ao TOC, e o retorno ou agravamento dos sintomas podem ocorrer de forma independente. A distinção é importante porque na depressão do TB podem ocorrer viradas maníacas com o uso de antidepressivos (antidepressivos), e pacientes que estejam apresentando um episódio depressivo maior grave (muitas vezes recorrente) podem não ter ânimo e energia suficientes para se empenhar nas tarefas que lhes são solicitadas na terapia cognitivo-comportamental, impedindo a resposta ao tratamento.³³ Esses pacientes geralmente necessitam de medicamentos, de preferência antidepressivos, que também aliviam os sintomas OC, e de TCC focada inicialmente nos sintomas depressivos, para, assim que o paciente possa se sentir motivado e com mais energia, focar nos sintomas OC.

Quando os sintomas depressivos são graves, acompanhados de desesperança e descrença na possibilidade de melhorar do TOC, podem ocorrer ideias de suicídio. Nesses casos, deve-se fazer uma avaliação criteriosa do risco de suicídio ou suicidabilidade, geralmente subestimado.³⁴ A presença de depressão, obsessões de conteúdo agressivo e gravidade dos sintomas OC foi preditor de ideação suicida em pacientes com TOC.³⁵ Um estudo no País concluiu que quase a metade dos pacientes com TOC (46%) havia tido ideação suicida em

algum momento, 20% tinham feito planos de suicídio e 10% haviam tentado o suicídio. Depressão ao longo da vida e transtorno de estresse pós-traumático foram comorbidades que se mantiveram independentemente associadas a todos os aspectos dos comportamentos suicidas nesses pacientes.³⁶

TRANSTORNOS DE ANSIEDADE

Junto à depressão, os transtornos de ansiedade constituem as comorbidades mais comuns em indivíduos com TOC. Uma pesquisa com base na comunidade encontrou 10,8% dos indivíduos apresentando fobias específicas; 8,1%, fobia social; 6,5%, transtorno de pânico; e 5,2%, transtorno de ansiedade generalizada.³⁰ Em todas essas condições, mas em especial no TAG, é comum a presença de níveis elevados de ansiedade. Pacientes com TAG podem não tolerar o aumento adicional de ansiedade que ocorre no início da TCC com os exercícios de exposição e prevenção de rituais. É possível que necessitem do uso associado de medicamentos ansiolíticos. Dois desses transtornos de ansiedade, em particular, podem ser confundidos com o TOC: o transtorno de ansiedade generalizada e as fobias específicas, e convém descrevê-los de forma mais específica.

TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA

O TAG caracteriza-se por ansiedade e preocupação excessiva (expectativa apreensiva) ocorrendo na maioria dos dias por pelo menos 6 meses. Estão presentes inquietude, nervosismo, tensão muscular e irritabilidade praticamente constantes, além de perturbações do sono e dificuldades de concentração (DSM-5).¹ Em razão dessas preocupações, tais pacientes têm a necessidade de se certificar repetidamente de que tudo está bem, em especial com as demais pessoas, comportamento que lem-

bra as verificações do TOC. No TAG, entretanto, as preocupações estão relacionadas a problemas reais. Na maior parte do tempo, o paciente está excessivamente apreensivo, com medo de que algo ruim possa acontecer com sua saúde, com suas finanças, seu bem-estar ou com a integridade física dos seus filhos ou dos demais membros da família, e as verificações estão relacionadas a essas questões da vida real. Os pensamentos obsessivos, no TOC, não representam meras preocupações excessivas sobre problemas cotidianos ou da vida real; são intrusões sob a forma de pensamentos, impulsos ou imagens egodistônicas, com pouca ou nenhuma base real, geralmente acompanhadas de compulsões ou de evitações que aliviam a ansiedade. A comorbidade do TOC com TAG situa-se em 7,5%.²⁰

FOBIAS ESPECÍFICAS

Fobias específicas são transtornos muitos comuns e caracterizam-se por medo acentuado e persistente, excessivo e irracional que se manifesta pela presença ou antecipação do contato com um objeto ou situação fóbica, os quais são evitados de modo sistemático. O contato com tais objetos ou situações invariavelmente provoca uma resposta de ansiedade, podendo assumir a forma de um ataque de pânico (DSM-5).¹ As fobias mais comuns estão relacionadas a pequenos animais (ratos, pássaros, cães, gatos, lagartixas), insetos (baratas, mosquitos, aranhas) a locais ou situações (altura, dirigir carro, andar de avião, lugares fechados) e a sangue e ferimentos. O indivíduo reconhece que tais medos são irracionais. No TOC, o comportamento evitativo é precedido por uma obsessão (medo de contaminação, nojo, pensamento repugnante de conteúdo violento ou sexual) e destina-se a neutralizar a ansiedade associada, reduzindo os riscos, eliminando a ameaça ou simplesmente para evitar o contato com situações que ativam as obses-

sões, como não chegar perto de crianças em razão de obsessões sexuais inaceitáveis. Na fobia específica, os pacientes não apresentam sintomas de ansiedade, a não ser quando entram em contato ou quando antecipam que irão entrar em contato com os objetos ou situações evitadas e relacionadas a sua fobia. Não existem rituais ou mesmo cognições mais definidas; predominam os sintomas autonômicos de ansiedade (taquicardia, sudorese) e evitações, para os quais o tratamento mais efetivo é a exposição ao vivo, como no TOC.

TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO/HIPERATIVIDADE E TOC

É comum a associação do TDAH ao TOC, sobretudo em meninos cujos sintomas OC iniciaram de modo precoce. A prevalência de TOC em indivíduos com TDAH é de 8 a 10%, bem mais alta do que na população em geral. A associação é especialmente alta com a dimensão da acumulação compulsiva, o que é consistente com a observação de que indivíduos com esse tipo de sintoma apresentam um substancial comprometimento em funções executivas, incluindo déficits de atenção.³⁷ Os sintomas OC tendem a ser mais graves e mais persistentes quando comparados aos indivíduos com TOC sem TDAH.³⁸

Os pacientes com TDAH apresentam uma impulsividade maior do que os indivíduos com TOC. A anormalidade funcional mais consistente é um déficit inibitório no córtex pré-frontal inferior direito, que é específico do TDAH e que não ocorre no TOC.³⁹

Crianças com TDAH têm problemas em focar a atenção; estão normalmente distraídas e são impulsivas – o que pode criar dificuldades para a realização das tarefas de EPR –, enquanto crianças com TOC em geral apresentam inabilidade para interromper pensamentos obsessivos e comportamentos compulsivos. Ambos os grupos apresentam dificuldade para

a realização de comportamentos triviais em situações do dia a dia (iniciar, executar e interromper uma atividade). Eventualmente, existem sintomas comuns, como dificuldade em focar em um objetivo, desorganização, acúmulo de lixo, comportamentos repetitivos e impulsividade.

ABUSO OU DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL OU DROGAS

A comorbidade de abuso e/ou dependência de álcool e drogas em indivíduos com TOC é comum. Um estudo em nosso meio verificou que 7,5% de pacientes com TOC apresentavam associados transtornos relacionados ao consumo de álcool.⁴⁰ Pessoas dependentes de drogas ou álcool geralmente têm sua vida comprometida pela dependência, muitas vezes com a vida pessoal desorganizada, e é provável que tenham dificuldade de levar adiante as tarefas da terapia ou até mesmo de aderir ao tratamento medicamentoso. Se o paciente é dependente químico, como regra, antes de iniciar o tratamento para o TOC, é necessário que esteja abstinente por algum tempo e que esteja participando de algum programa de prevenção de recaídas. Caso venham a ocorrer recaídas, elas provavelmente provocarão a interrupção do tratamento para o TOC, em especial a TCC.

ANOREXIA NERVOSA, COMER COMPULSIVO (COMPULSÃO ALIMENTAR PERIÓDICA) E BULIMIA NERVOSA

Transtornos da alimentação e do comer, como a anorexia nervosa (AN) e a bulimia nervosa (BN), são mais comuns em mulheres jovens e com frequência apresentam obsessões e comportamentos compulsivos, que podem ser confundidos com os sintomas do TOC. A AN caracteriza-se pela recusa em manter o peso em um nível igual ou acima do mínimo aceitável.

vel para a idade ou altura, medo intenso de ganhar peso, mesmo estando abaixo do peso normal, percepção distorcida do próprio peso e ausência de pelo menos três ciclos menstruais. Pode ser do tipo restritivo (jejuns, dietas e exercícios excessivos) ou do tipo compulsão periódica/purgativo (episódios de hiperefagia e purgações com a indução de vômitos, uso de laxantes, diuréticos ou enemas). A BN caracteriza-se por episódios nos quais a pessoa ingere grandes quantidades de comida em curto espaço de tempo, acompanhados de um sentimento de incapacidade de parar de comer ou de controlar o tipo e a quantidade de alimento, que podem ser seguidos ou não de episódios purgativos para o controle de peso.

Na AN, boa parte do tempo é ocupada com preocupações relacionadas ao ganho de peso, à organização da comida na despensa e à imagem corporal, o que lembra as obsessões do TOC. São comuns rituais como calcular repetidamente as calorias dos alimentos ingeridos e comparar com as que foram gastas, ou praticar exercícios compulsivamente para perder peso. Rituais como apalpar-se, pesar-se ou olhar-se no espelho inúmeras vezes são frequentes e lembram as checagens do TOC. A diferença é que na AN/BN o foco é o alimento, e o medo é o de ganhar peso.

Existem evidências bastante consistentes de que AN/BN e o TOC são transtornos relacionados. A comorbidade com transtornos da alimentação, especialmente o *binge eating*, ocorre em 11,3% dos indivíduos com TOC.⁴¹ Sintomas OC na infância ocorrem em 25% dos pacientes, que mais tarde apresentarão AN/BN. Existe uma associação entre transtornos da alimentação, TDC e TOC.⁴² Um estudo verificou a presença de obsessões e compulsões ao longo da vida em 68% dos pacientes com AN do tipo restritivo e em 79,1% daqueles com AN do tipo compulsão periódica/purgativo, não diferindo dos controles – indivíduos com TOC –

em relação à prevalência de obsessões por simetria e somáticas e nas compulsões de ordenamento e acumulação.⁴³

A AN, em particular, está associada a traços de personalidade OC (ou com o transtorno da personalidade OC) como perfeccionismo, preocupação com ordem, persistência, inflexibilidade e ascetismo. Esses traços são egosintônicos e acompanhados de falta de *insight* e resistência ao tratamento.

ESQUIZOFRENIA

A presença de sintomas OC (ou TOC) é comum em pacientes com esquizofrenia e foi descrita em 8 a 25% dos casos. Foi observada até mesmo em paciente idosos. Está associada a sintomas psicóticos mais graves tanto positivos como negativos, a pior prognóstico, a nível de funcionamento geral menor e, aparentemente, a uma resistência maior ao tratamento.⁴⁴⁻⁴⁶

É importante investigar se os sintomas OC não estão associados ao uso de antipsicóticos, como risperidona, clozapina, aripiprazol e até mesmo haloperidol, pois existem diversos relatos de caso descrevendo tal ocorrência, em que o papel do medicamento no aparecimento dos sintomas permanece não esclarecido.⁴⁷

No TOC comórbido com esquizofrenia, é comum uso de ISRSs associados aos antipsicóticos, devendo o profissional estar atento para as potenciais interações entre esses dois grupos de medicamentos. Também existem implicações práticas para a realização de TCC. Em função do grau de comprometimento mental, a esquizofrenia associada ao TOC implica dificuldades para organizar e levar adiante as tarefas da terapia, que deve ser predominantemente de exposição e prevenção de resposta junto a medicamentos antiobsessivos e antipsicóticos, que devem ser usados associados. O comprometimento cognitivo gera grande dificuldade em compreender os sintomas, falta de *insight*, e tem como consequências di-

ficuldade para identificar e compreender aspectos cognitivos, como crenças disfuncionais e pensamentos catastróficos, e pouca motivação para realizar a terapia em razão dos sintomas negativos da esquizofrenia (apatia, falta de iniciativa, embotamento afetivo). São também comuns dificuldades em estabelecer o vínculo e uma relação de trabalho com o terapeuta. Há, ainda, a possibilidade de recaídas durante o tratamento e a necessidade do uso adicional de antipsicóticos.

TRANSTORNO BIPOLAR

É bastante frequente a comorbidade de TOC e TB. Um estudo verificou que 16% dos pacientes com diagnóstico de TOC apresentavam TB.⁴⁸ Outro estudo, com uma amostra maior, verificou uma prevalência de 13,1% de TB, de 64,1% para depressão e distimia.³² Tem sido relatada, ainda, alta prevalência de TOC em adolescentes com TB. Um total de 21% dos indivíduos com TB e 15% dos indivíduos com TOC preencheram critérios para a presença dos dois transtornos simultaneamente.⁴⁹

Alguns sintomas do TB, como compras excessivas, comportamentos impulsivos, podem confundir o clínico. Convém lembrar que o TB se caracteriza pelo humor exaltado (euforia ou irritabilidade), por aceleração do pensamento, fuga de ideias, grandiosidade, enquanto o TOC se caracteriza pela presença de medos (obsessões) e rituais realizados com a finalidade de reduzir os medos. A compulsão por comprar, no TOC, costuma estar associada à compulsão por acumular objetos em desordem e à dificuldade de descarte, enquanto no TB está associada a humor exaltado, grandiosidade, impulsividade e hiperatividade. A comorbidade de TOC e TB, além de representar um pior prognóstico, tem implicações práticas importantes, como o risco de viradas maníacas com o uso de antiobsessivos, que será discutido no Capítulo 16, a dificuldade de planejamento e a fal-

ta de persistência e de adesão aos exercícios de EPR.

TRANSTORNO DA PERSONALIDADE ESQUIZOTÍPICA

Esse transtorno reúne pacientes caracterizados pela aparência e comportamento pessoal bizarros ou excêntricos, pela dificuldade acentuada em estabelecer relações interpessoais próximas, em compreender o impacto do próprio comportamento sobre os outros, por acentuado distanciamento afetivo, frequentes interpretações erradas das motivações e dos comportamentos das demais pessoas, desconfiança, sensibilidade elevada em relação a ser prejudicado pelos outros e sensações estranhas em várias modalidades sensoriais. Os indivíduos apresentam, ainda, processos de pensamento estranhos, vagos, superelaborados, metafóricos, com experiências e crenças não habituais (DSM-5).¹ Esses últimos aspectos podem se confundir com obsessões, dado o caráter persistente e repetitivo.

Embora a presença do transtorno da personalidade esquizotípica em pacientes com TOC seja relativamente rara – ao redor de 5%^{50,51} –, é importante seu diagnóstico, pois alguns dos seus sintomas podem ser confundidos com sintomas do TOC, e a comorbidade também tem importantes implicações para o prognóstico e o tratamento.

Sabe-se, de longa data, que a presença de transtorno da personalidade esquizotípica em pacientes com TOC está associada a um alto índice de fracasso no tratamento. Pacientes com TOC e personalidade esquizotípica têm *insight pobre*, funcionamento geral comprometido, dificuldades de estabelecer vínculo terapêutico, necessitam de aumento dos antipsicóticos – fatores associados a resultados pobres com o tratamento.⁵²⁻⁵⁵ Escores elevados nas escalas de sintomas esquizotípicos positi-

vas, sobretudo aberrações da percepção, foram altamente preditivos de fracasso no tratamento.⁵⁶ Para esses pacientes, recomenda-se associar ao tratamento para o TOC (ISRS + terapia de EPR) treinamento de habilidades sociais e pequenas doses de antipsicóticos.

TRANSTORNO DA PERSONALIDADE *BORDERLINE*

Indivíduos que apresentam esse transtorno se caracterizam por ter identidade marcadamente pobre, pouco desenvolvida, autoimagem instável, muitas vezes associada a excesso de autocritica, e sentimentos crônicos de vazio. São altamente instáveis nos seus objetivos, aspirações, valores ou planos de carreira. Apresentam acentuado nervosismo, instabilidade emocional e desinibição caracterizada por alta

impulsividade, envolvimento em comportamentos de risco, dificuldades em estabelecer e manter planos. Seus relacionamentos íntimos e seus vínculos afetivos são marcados por constantes conflitos, persistentes e frequentes sentimentos de raiva e irritabilidade às menores frustrações. Como consequência, a vida pessoal é desorganizada e muitas vezes caótica.

Os pacientes com transtorno da personalidade *borderline* de modo geral apresentam grande dificuldade em aderir a qualquer modalidade de terapia ou tratamento medicamentoso pela dificuldade de manter o vínculo com o terapeuta, comprometer-se de forma sustentável com um plano de tratamento, além de apresentar baixa tolerância à frustração e alta impulsividade. Em razão dessas características, dificilmente terão persistência para levar adiante as tarefas da terapia de EPR e tolerar o aumento de ansiedade que elas implicam.

- No DSM-5, o TOC está incluso em uma categoria específica: transtorno obsessivo-compulsivo e transtornos relacionados, e não mais nos transtornos de ansiedade.
 - Os critérios diagnósticos sofreram pequenas modificações no DSM-5: foi substituída a palavra “impróprio” por “indesejável”; foi abolido o critério B (reconhecimento de que as obsessões são excessivas e não razoáveis); foi reescrito o critério C (significância clínica), que passou para B; foi reescrita e ampliada a lista de transtornos com os quais deve ser feito o diagnóstico diferencial (critério D); foi incluído um subtipo de TOC: relacionado a tiques; foram mais bem descritos os graus de *insight*, que pode variar de “bom” a “ausente relacionadas ao TOC”, quando o indivíduo está completamente convencido de que as crenças TOC são verdadeiras.

- Deve-se distinguir o TOC de transtornos psiquiátricos que apresentam sintomas semelhantes e de doenças diversas, particularmente de problemas neurológicos, dos quais obsessões e compulsões podem fazer parte. Deve-se, ainda, excluir a possibilidade de os sintomas OC serem efeito de substâncias ou de certos medicamentos usados com frequência em pacientes com TB ou esquizofrenia.
 - Sintomas OC podem ocorrer no curso de inúmeras condições clínicas, especialmente neurológicas, como após TCE (acidentes de carrol), após acidentes vasculares cerebrais isquêmicos ou hemorrágicos, na vigência de tumores cerebrais, esclerose múltipla, neuroacantose, doença de Wilson, na doença de Parkinson, na doença de Huntington (degeneração do núcleo caudado), após encefalites virais, toxoplasmose, febre reumática, na coreia de Sydenham, entre outros quadros.
 - Sintomas OC podem surgir em decorrência do efeito fisiológico direto de várias substâncias, como estimulantes cerebrais, interferon, na retirada da metadona, e durante o tratamento com antipsicóticos atípicos, como risperidona, clozapina, aripiprazol, quetiapina.
 - Obsessões e/ou compulsões são comuns em vários transtornos psiquiátricos, como transtorno da personalidade obsessivo-compulsiva (TPOC), hipocondria, transtorno dismórfico corporal, tricotilomania, transtornos da alimentação e do comer, especialmente a bulimia e a compulsão alimentar periódica.
 - O transtorno da personalidade obsessivo-compulsiva (TPOC) tem várias semelhanças com o TOC: perfeccionismo, intolerância à incerteza, indecisão e compulsão por acumular pertences. Não existem obsessões ou compulsões típicas do TOC – pensamentos intrusivos (obsessões) envolvendo ameaças (p. ex., contaminação), medo e ansiedade precedendo as compulsões – e os sintomas são egossintônicos.
 - A hipocondria caracteriza-se por preocupações excessivas com a possibilidade de ter uma doença grave seguidas da necessidade de checar o corpo, os sinais vitais, de repetir exames e avaliações médicas. Não existem outros sintomas OC, como as preocupações com contaminação.
 - No transtorno dismórfico corporal, o foco é um aspecto ou defeito na aparência pessoal – o que lembra uma obsessão, a ponto de causar sofrimento significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional. Podem existir comportamentos compulsivos, como tocar de forma repetida áreas do corpo, olhar-se repetidamente no espelho, apalpar-se, comparar-se aos outros ou tentar camoufliar um defeito. Não existem sintomas das outras dimensões do TOC.

- Tiques são doenças neurológicas que se manifestam sob a forma de movimentos involuntários anormais – vocalizações ou movimentos motores súbitos, rápidos ou recorrentes, estereotipados e não rítmicos. Não são precedidos por uma obsessão, mas eventualmente por uma sensação subjetiva de desconforto físico. Geralmente são incontroláveis, a não ser por pequeno espaço de tempo, ao contrário das compulsões do TOC, que são atos voluntários aos quais o indivíduo pode resistir por períodos prolongados.
- Diversos transtornos como TTM, praticar escoriações de forma compulsiva e roer unhas são incluídos, no DSM-5, entre os transtornos relacionados ao TOC. Outros transtornos como o comprar compulsivo, sexo compulsivo e o jogo patológico são comportamentos repetidos ou compulsivos executados apesar das consequências adversas ou prejudiciais para si próprio ou para terceiros e caracterizados pela dificuldade em controlar tais atos. Os atos são precedidos por uma crescente tensão, excitação ou impulso para executá-los, e há sensação de prazer ou alívio posterior, podendo ou não haver arrependimento, autorrecriminação ou culpa.
- A metade ou mais dos pacientes com TOC apresentam comorbidades que podem interferir no tratamento. As comorbidades mais comuns do TOC são a depressão, os transtornos de ansiedade – especialmente as fobias específicas e o TAG –, o transtorno da personalidade obsessivo-compulsiva, as *grooming disorders* (tricotilomania, escoriações e automutilações), os tiques e o transtorno de Tourette e os transtornos da alimentação. Menos comuns são o TDAH, o TB e a esquizofrenia. Todos têm implicações importantes tanto para o tratamento farmacológico como para a TCC do TOC.

TOCTOCTOCTOCTOCTOCTOCTOCTOC

➤ REFERÊNCIAS

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. 5th ed. Arlington: American Psychiatric Association; 2013.
2. American Psyquiatric Association (APA). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-IV-TR. 4. ed. Porto Alegre: Artmed; 2002.
3. Leckman JF, Denys D, Simpson HB, Mataix-Cols D, Hollander E, Saxena S, et al. Obsessive-compulsive disorder: a review of the diagnostic criteria and possible subtypes and dimensional specifiers for DSM-V. *Depress Anxiety*. 2010;27(6):507-27.
4. Organização Mundial da Saúde. Classificação dos transtornos mentais e do comportamento da CID-10: critérios diagnósticos para pesquisa. Porto alegre: Artmed Médicas; 1993.
5. Eisen JL, Coles ME, Shea MT, Pagano ME, Stout RL, Yen S, et al. Clarifying the convergence between obsessive compulsive

- personality disorder criteria and obsessive compulsive disorder. *J Pers Disord.* 2006;20(3):294-305.
6. Hummelen B, Wilberg T, Pedersen G, Karterud S. The quality of the DSMIV obsessive-compulsive personality disorder construct as a prototype category. *J Nerv Ment Dis.* 2008;196(6):446-55.
 7. Meredith E, Coles ME, Pinto A, Mancebo MC, Rasmussen SA, Eisen JA. OCD with comorbid OCPD: a subtype of OCD? *J Psychiatry Res.* 2008;42(4):289-96.
 8. Abramowitz JS, Braddock AE. Hypochondriasis: conceptualization, treatment, and relationship to obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Clin North Am.* 2006;29(2):503-19.
 9. Thomson AB, Page LA. Psychotherapies for hypochondriasis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2007;(4): CD0006520.
 10. Lovato L, Ferrão YA, Stein DJ, Shavitt RG, Fontenelle LF, Vivan A, et al. Skin picking and trichotillomania in adults with obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry.* 2012;53(5):562-8.
 11. Conrado LA, Hounie AG, Diniz JB, Fossaluza V, Torres AR, Miguel EC, et al. Body dysmorphic disorder among dermatologic patients: prevalence and clinical features. *J Am Acad Dermatol.* 2010;63(2):235-43.
 12. Phillips KA, Stein DJ, Rauch SL, Hollander E, Fallon BA, Barsky A, et al. Should an obsessive-compulsive spectrum grouping of disorders be included in DSM-V? *Depress Anxiety.* 2010;27(6):528-55.
 13. Stein DJ, Fineberg NA, Bienvenu OJ, Denys D, Lochner C, Nestadt G, et al. Should OCD be classified as a anxiety disorder in DSM-V? *Depress Anxiety.* 2010;27(6):495-506.
 14. Williams J, Hadjistavropoulos T, Sharpe D. A meta-analysis of psychological and pharmacological treatments for Body Dysmorphic Disorder. *Behav Res Ther.* 2006;44(1):99-111.
 15. Hollander E, Allen A, Kwon J, Aronowitz B, Schmeidler J, Wong C, et al. Clomipramine vs desipramine crossover trial in body dysmorphic disorder: selective efficacy of a serotonin reuptake inhibitor in imagined ugliness. *Arch Gen Psychiatry.* 1999;56(11):1041-2.
 16. Ipser JC, Sander C, Stein DJ. Pharmacotherapy and psychotherapy for body dysmorphic disorder. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009;(1):CD005332.
 17. Phillips KA, Albertini RS, Rasmussen AS. A randomized placebo controlled trial of fluoxetine in body dysmorphic disorder. *Arch Gen Psychiatry.* 2002;59(4):381-8.
 18. Phillips KA, Rasmussen AS. Change in psychosocial functioning and quality of life of patients with body dysmorphic disorder treated with fluoxetine: a placebo-controlled study. *Psychosomatics.* 2004;45(5):438-44.
 19. Lewin AB, Chang S, McCracken J, McQueen M, Piacentini J. Comparison of clinical features among youth with tic disorders, obsessive-compulsive disorder (OCD) and both conditions. *Psychiatry Res.* 2010;178(2):317-22.
 20. Nestadt G, Di CZ, Riddle MA, Grados MA, Greenberg BD, Fyer AJ, et al. Obsessive-compulsive disorder: subclassification based on comorbidity. *Psychol Med.* 2009;39(9):1491-501.
 21. Dykens EM, Leckman JF, Cassidy SB. Obsessions and compulsions in Prader-Willi syndrome. *J Child Psychol Psychiatr.* 1996;37(8):995-1002.
 22. Charlot L, Fox S, Friedlander R. Obsessional slowness in Down's syndrome. *J Intellect Disabil Res.* 2002;46(Pt 6):517-24.
 23. Kumawat BL, Sharma CM, Tripathi G, Ralot T, Dixit S. Wilson's disease presenting as isolated obsessive-compulsive disorder. *Indian J Med Sci.* 2007;61(11):607-10.
 24. Fontenelle LF, Mendlowicz MV, Versiani M. Impulse control disorders in patients with obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Clin Neurosci.* 2005;59:30-7.
 25. Matsunaga H, Kiriike N, Matsui T, Oya K, Okino K, Stein DJ. Impulsive disorders in Japanese adult patients with obsessivecompulsive disorder. *Compr Psychiatry.* 2005;46(1):43-9.
 26. Grant JE, Odlaug BL, Kim SW. A clinical comparison of pathologic skin picking and obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry.* 2010;51(4):347-52.
 27. Lochner C, Stein DJ, Woods D, Pauls DL, Franklin ME, Loerke EH, et al. The validity of DSM-IV-TR criteria B and C of hair-pulling disorder (trichotillomania): evidence from a clinical study. *Psychiatry Res.* 2011;189(2):276-80.
 28. Grant JE, Mancebo MC, Eisen JL, Rasmussen SA. Impulse-control disorders in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Res.* 2010;175(1-2):109-13.
 29. Stein DJ, Grant JE, Franklin ME, Keuthen N, Lochner C, Singer HS, et al. Trichotillomania (hair pulling disorder), skin picking disorder, and stereotypic movement disorder: toward DSM-V Depress Anxiety. 2010;27(6):611-26.
 30. Mohammadi MR, Ghanizadeh A, Moini R, Storch EA, Lewin AB, Farrell L, et al. Lifetime comorbidity of obsessive-compulsive disorder with psychiatric disorders in a community sample. *Depress Anxiety.* 2007;24(8):602-7.
 31. Quarantini LC, Torres AR, Sampaio AS, Fossaluza V, Mathis MA, do Rosário MC, et al. Comorbid major depression in obsessive-compulsive disorder patients. *Compr Psychiatry.* 2011;52(4):386-93.
 32. Timpano KR, Rubenstein LM, Murphy DL. Phenomenological features and clinical impact of affective disorders in OCD: a focus on the bipolar disorder and OCD connection. *Depress Anxiety.* 2012;29(3):226-33.
 33. Abramowitz JS. Treatment of obsessive-compulsive disorder in patients who have comorbid major depression. *J Clin Psychol.* 2004;60(11):1133-41.
 34. Torres AR, de Abreu Ramos-Cerqueira AT, Torresan RC, de Souza Domingues M, Hercos AC, Guimarães AB. Prevalence and

- associated factors for suicidal ideation and behaviors in obsessive-compulsive disorder. *CNS Spectr.* 2007;12(10):771-8.
35. Balci V, Sevincok L. Suicidal ideation in patients with obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Res.* 2010;175(1-2):104-8.
 36. Torres AR, de Abreu Ramos-Cerqueira AT, Ferrão YA, Fontenelle LF, do Rosário MC, Miguel EC. Suicidality in obsessive-compulsive disorder: prevalence and relation to symptom dimensions and comorbid conditions. *J Clin Psychiatry.* 2011;72(1):17-26.
 37. Sheppard B, Chavira D, Azzam A, Grados MA, Umaña P, Garrido H, et al. ADHD prevalence and association with hoarding behaviors in childhood-onset OCD. *Depress Anxiety.* 2010;27(7):667-74.
 38. Walitza S, Zellmann H, Irlblich B, Lange KW, Tucha O, Hemminger U, et al. Children and adolescents with obsessive-compulsive disorder and comorbid attention-deficit/hyperactivity disorder: preliminary results of a prospective follow-up study. *J Neural Transm.* 2008;115(2):187-90.
 39. Rubia K, Cubillo A, Smith AB, Woolley J, Heyman I, Brammer MJ. Disorder-specific dysfunction in right inferior prefrontal cortex during two inhibition tasks in boys with attention-deficit hyperactivity disorder compared to boys with obsessive-compulsive disorder. *Hum Brain Mapp.* 2010;31(2):287-99.
 40. Gentil AF, de Mathis MA, Torresan RC, Diniz JB, Alvarenga P, do Rosário MC, et al. Alcohol use disorders in patients with obsessive-compulsive disorder: the importance of appropriate dual-diagnosis. *Drug Alcohol Depend.* 2009;100(1-2):173-7.
 41. Sallet PC, de Alvarenga PG, Ferrão Y, de Mathis MA, Torres AR, Marques A, et al. Eating disorders in patients with obsessive-compulsive disorder: prevalence and clinical correlates. *Int J Eat Disord.* 2010;43(4):315-25.
 42. Phillips KA, Kaye WH. The relationship of body dysmorphic disorder and eating disorders to obsessive-compulsive disorder. *CNS Spectr.* 2007;12(5):347-58.
 43. Halmi KA, Sunday SR, Klump KL, Strober M, Leckman JF, Fichter M, et al. Obsessions and compulsions in anorexia nervosa subtypes. *Int J Eat Disord.* 2003;33(3):308-19.
 44. Poyurovsky M, Bergman J, Weizman R. Obsessive-compulsive disorder in elderly schizophrenia patients. *J Psychiatr Res.* 2006;40(3):189-91.
 45. Cunill R, Castells X, Simeon D. Relationships between obsessive-compulsive symptomatology and severity of psychosis in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. *J Clin Psychiatry.* 2009;70(1):70-82.
 46. Owashi T, Ota A, Otsubo T, Susa Y, Kamijima K. Obsessive-compulsive disorder and obsessive-compulsive symptoms in Japanese in patients with chronic schizophrenia: a possible schizophrenic subtype. *Psychiatry Res.* 2010;179(3):241-6.
 47. Mukhopadhyay K, Krishnaiah R, Taye T, Nigam A, Bailey AJ, Sivakumaran T, et al. Obsessive-compulsive disorder in UK clozapine-treated schizophrenia and schizoaffective disorder: a cause for clinical concern. *J Psychopharmacol.* 2009;23(1):6-13.
 48. Darby L, Agius M, Zaman R. Comorbidity of bipolar affective disorder and obsessive-compulsive disorder in a Bedford community psychiatry team. *Psychiatry Danub.* 2011;23(Suppl 1):S130-3.
 49. Joshi G, Wozniak J, Petty C, Vivas F, Yorks D, Biederman J, et al. Clinical characteristics of comorbid obsessive-compulsive disorder and bipolar disorder in children and adolescents. *Bipolar Disord.* 2010;12(2):185-95.
 50. Baer L, Jenike MA, Ricciardi JN 2nd, Holland AD, Seymour RJ, Minichiello WE, et al. Standardized assessment of personality disorders in obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry.* 1990;47(9):826-30.
 51. Torres AR, Moran P, Bebbington P, Brugha T, Bhugra D, Coid JW, et al. Obsessive-compulsive disorder and personality disorder: evidence from the British National Survey of Psychiatric Morbidity 2000. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2006;41(11):862-7.
 52. Jenike MA, Baer L, Minichiello WE, Schwartz CE, Carey RJ Jr. Concomitant obsessive-compulsive disorder and schizotypal personality disorder. *Am J Psychiatry.* 1986;143(4):530-2.
 53. Baer L, Jenike MA. Personality disorders in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatr Clin North Am.* 1992;15(4):803-12.
 54. Ravizza L, Barzaga G, Bellino S, Bogetto F, Maina G. Predictors of drug treatment response in obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry.* 1995;56(8):368-73.
 55. Poyurovsky M. Clozapine in treatment-refractory obsessive-compulsive disorder with comorbid schizotypal personality disorder. *Isr J Psychiatry Relat Sci.* 2008;45(3):219-20.
 56. Moritz S, Fricke S, Jacobsen D, Kloss M, Wein C, Rufer M, et al. Positive schizotypal symptoms predict treatment outcome in obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther.* 2004;42(2):217-27.

3

ARISTIDES VOLPATO CORDIOLI

As bases biológicas do TOC

OBJETIVOS

- Adquirir noções sobre as bases biológicas do transtorno obsessivo-compulsivo (TOC), mais especificamente sobre:
 - Neurotransmissores e a neuroquímica cerebral do TOC.
 - Sintomas obsessivo-compulsivos (OC) associados ao uso de substâncias.
 - Doenças cerebrais e sintomas OC.
 - Gânglios basais, doenças autoimunes e o TOC.
 - Alterações neurofisiológicas no TOC e o modelo córtico-tálamo-estriado-cortical.
 - Alterações morfológicas cerebrais.
 - Fatores neuroprotetores e neurotóxicos.
 - Disfunções neuropsicológicas e áreas cerebrais envolvidas.
 - A genética do TOC.

Esclarecer as causas do TOC tem desafiado os pesquisadores ao redor do mundo, que tentam elucidar as relações entre o cérebro, alterações cerebrais funcionais ou anatômicas, bem como o papel da genética e de fatores ambientais no surgimento do transtorno e na manutenção dos sintomas. A constatação de que traumáticos cerebrais, doenças infecciosas ou autoimunes apresentam em seu quadro clínico, com muita frequência, sintomas OC associados despertou a atenção quanto ao papel do cérebro no TOC. Esse papel foi ainda mais reforçado pela descoberta de que medicamentos com ação serotonérgica são efetivos em reduzir os sintomas, enquanto o uso de outros eventualmente pode ter como reações adversas sintomas OC. Mais recentemente, métodos sofisticados têm conseguido identificar as áreas cerebrais relacionadas ao TOC, bem como as alterações neurofisiológicas envolvidas. Com base nesses estudos, foram propostos modelos fisiopatológicos explicativos para os fenômenos OC, que, ao lado do modelo cognitivo-comportamental, têm contribuído para uma maior compreensão do transtorno. Evidências bastante consistentes têm sido acumuladas em relação ao envolvimento do córtex orbitofrontal e dos gânglios da base no TOC e em relação

às disfunções nos circuitos cerebrais que conectam tais áreas.

Da mesma forma, foi consistentemente comprovado que o TOC é uma doença familiar e que existe um fator genético, sobretudo quando o transtorno é de início precoce e quando a manifestação (dimensão) predominante é a acumulação compulsiva. A natureza da alteração genética, os genes envolvidos e o mecanismo de sua transmissão, entretanto, ainda não foram esclarecidos.

No estudo das bases biológicas do TOC existem várias dificuldades de ordem prática. A primeira delas é a heterogeneidade das suas apresentações clínicas (dimensões). Pesquisas sugerem que as áreas cerebrais, a neuroquímica e a transmissão genética envolvidas sejam distintas para cada uma das dimensões de sintomas.

Outra questão é a presença muito frequente de comorbidades, o que tem dificultado a tarefa de obter amostras homogêneas e afastar os fatores de confusão. É raro os sintomas do TOC se manifestarem de forma isolada, não acompanhados de outros transtornos psiquiátricos, mais comumente depressão, transtornos de ansiedade, transtornos do controle dos impulsos, de tique ou transtorno de Tourette. A presença dessas comorbidades torna difícil a obtenção de um número razoável de pacientes com o chamado TOC “puro”. Ainda, a maioria dos pacientes recrutados para as pesquisas vem utilizando medicamentos, às vezes de longa data, que podem mascarar as alterações cerebrais que às vezes são associadas aos sintomas OC. E persiste a dúvida do quanto as alterações que se observam são causa ou são consequência deles. Tem sido sugerido que elas possam ser um epifenômeno, cuja real causa não foi desvendada. Tais fatores são obstáculos que, de uma ou outra maneira, as pesquisas têm tentado ultrapassar. De qualquer forma, vale a pena o estudioso do TOC conhecer um pouco desses estudos e dessas evidências.

Neste capítulo, serão examinadas as bases biológicas do TOC, mais especificamente a neuroquímica, a relação de doenças neurológicas com o transtorno, as alterações neurofisiológicas e morfológicas observadas e o papel da genética no TOC. No próximo capítulo, serão examinadas as bases psicológicas.

➤ NEUROQUÍMICA CEREBRAL E O TOC

ANORMALIDADES NA FUNÇÃO SEROTONÉRGICA

Evidências consistentes apontam para anormalidades na neuroquímica cerebral, em especial na função serotonérgica, associadas ao TOC. Inibidores da recaptação de serotonina (IRSSs) na fenda sináptica, como a clomipramina, e inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRSs), como a fluoxetina, a paroxetina, a sertralina, o citalopram, o escitalopram e a fluvoxamina, reduzem os sintomas OC. Esse efeito tem sido reiteradamente comprovado tanto na prática clínica como em inúmeras pesquisas, sendo essa classe de medicamentos considerada um dos tratamentos de primeira linha para o transtorno. Também foi verificado que agonistas da serotonina, como o sumatriptano e o m-CPP, que impedem a ligação da serotonina com os seus receptores, e, portanto, devem diminuir a atividade serotonérgica, podem causar aguda exacerbação dos sintomas OC,^{1,2} o que constitui uma evidência adicional para a hipótese de que anormalidades serotonérgicas desempenham um papel na fisiopatologia do TOC. Esses efeitos sugerem que a serotonina desempenhe um papel importante na modulação dos sintomas OC – a chamada hipótese serotonérgica.

Alguns fatos relacionados ao TOC, entretanto, não são abarcados pela hipótese serotonérgica:

- A resposta terapêutica aos IRSs e aos ISRSs na maioria das vezes é parcial, o que faz pensar que a hipótese explique apenas em parte os sintomas OC.
- A hipótese não explica a diversidade de apresentações clínicas do TOC; também não explica por que elas se modificam ao longo da vida e por que os sintomas são, muitas vezes, extremamente graves ou de intensidade leve.
- O agravamento dos sintomas com o uso de agonistas serotonérgicos não ocorre em quase metade dos pacientes.²
- Os sintomas podem ser eliminados com meios puramente psicológicos, como no caso da terapia cognitivo-comportamental (TCC).
- Existem algumas evidências do envolvimento de outros neurotransmissores, como a dopamina e o glutamato, sobretudo em pacientes com TOC de início precoce, assim como de GABA e de neuropeptídeos relacionados com sistemas de memória e aprendizagem, como a arginina-vasopressina e a ocitocina.

DOPAMINA

As evidências que apoiam uma disfunção dopaminérgica no TOC advêm do relato de sintomas OC em pacientes com transtornos relacionados aos gânglios basais, como transtornos de tique/transtorno de Tourette, coreia de Sydenham (CS), o surgimento de sintomas OC com o uso de altas doses de estimulantes, como *ecstasy*.³ Não está claro, nesse caso, se os sintomas do TOC são exacerbados pelo aumento da dopamina ou por uma diminuição da função serotonérgica.

Outra evidência do envolvimento da dopamina no TOC advém de estudos em ratos nos quais o tratamento repetido com quinpirole, um agonista D2/D3, induz checagens compulsivas. No rato, esse efeito (chamado de

efeito quinpirole) manifesta-se pela preocupação exagerada com um determinado lugar no ambiente, ao qual o animal volta de forma repetitiva.⁴

Os efeitos benéficos do uso associado de neurolépticos antagonistas da dopamina no tratamento do TOC refratário aos ISRSs ou com tiques comórbidos, tanto em crianças como em adultos, embora raramente efetivos como terapia primária, também apoiam um papel para a disfunção da dopamina no TOC. Também foi constatada maior densidade de transportadores de dopamina no caudado e no putame esquerdos no cérebro de indivíduos com TOC em comparação a indivíduos-controle saudios.⁵

GLUTAMATO

O glutamato é um neurotransmissor excitador no cérebro e desempenha um papel-chave no funcionamento do circuito córtico-estriado-tálico-cortical (CETC), o qual conecta os gânglios da base e o córtex frontal e está hiperativo no TOC. Algumas evidências iniciais sugerem que ele possa ter uma participação nos fenômenos obsessivos. Níveis elevados de glutamato foram encontrados no líquido cerebrospinal (LCE) de pacientes com TOC e que não haviam utilizado medicamentos, em comparação a voluntários normais.⁶ Existem evidências crescentes de que perturbações na transmissão glutamatérgica no circuito CETC desempenham um papel na patogênese do TOC.⁷

A SAPAP3 é uma proteína associada à função glutamatérgica que se expressa fortemente no estriado. Sua eliminação genética em ratos está associada a defeitos na transmissão glutamatérgica em sinapses corticoestriatais e a comportamentos de *grooming* nesses animais. Outras evidências para algum papel do glutamato no TOC são advindas de estudos de genética, que encontraram alguma indicação do envolvimento do gene transportador de

glutamato SLC1A1 em 9p24, de modo especial em TOC de início precoce.^{8,9}

Ainda a favor de um papel do glutamato no TOC, relatos de caso e ensaios clínicos iniciais observaram alguma redução dos sintomas OC, tanto em adultos como em crianças, com o uso de drogas antiglutamatérgicas, como o riluzol, a memantina, a N-acetilcisteína.^{6,7}

SINTOMAS OC PROVOCADOS PELO USO DE DROGAS

Outras evidências da participação da neuroquímica cerebral no TOC advêm de relatos de caso que associam o aparecimento de sintomas OC ao uso de várias substâncias, inclusive de medicamentos psiquiátricos. Eles podem surgir durante o uso de antipsicóticos atípicos, como risperidona, clozapina, olanzapina, quetiapina, e durante o uso do topiramato no tratamento da esclerose múltipla. Curiosamente, alguns desses medicamentos têm sido utilizados para potencializar o efeito dos antiobsessivos. Os sintomas OC também foram observados durante o tratamento com interferon para hepatite C e do melanoma maligno. Há um relato de caso de que os sintomas de TOC pioraram abruptamente na retirada da metadona em um paciente que a utilizava para tratar a dependência de heroína.¹⁰ Sintomas OC surgiram durante o uso pesado de ecstasy e melhoraram com o uso de medicação serotonérgetica e antipsicóticos.³

► PROBLEMAS NEUROLÓGICOS E SINTOMAS OC

De longa data tem-se o registro de que agravos cerebrais como encefalites, acidentes vasculares cerebrais, lesões do estriado, traumatismos craniencefálicos, podem preceder o aparecimento de sintomas OC. Ainda no século passado, ao fim da Primeira Guerra Mundial e nos

anos seguintes ocorreu, na Europa, uma epidemia de encefalite, descrita em Viena pelo dr. Constantin von Economo como encefalite letárgica, pois a sonolência era um dos principais sintomas. Muitos dos sobreviventes apresentavam, junto a sequelas neurológicas pós-encefalíticas, tiques motores e comportamentos ritualísticos (compulsões).

Desde esses primeiros relatos, sintomas OC têm sido descritos no curso de infecções cerebrais, como encefalites, ou toxoplasmose; de doenças degenerativas, como a paralisia supranuclear progressiva, na doença de Parkinson, na doença de Huntington, na esclerose múltipla, na doença de Wilson e em uma doença hereditária rara, a neuroacantose, cujos doentes apresentam distúrbios do movimento. Foram descritos também após acidentes vasculares cerebrais, como trombose do seio cavernoso e infarto dos gânglios basais; como sequelas de neurocirurgias para epilepsia refratária ou surgindo logo após um trauma craniencefálico ou longo tempo depois dele, mais comumente em razão de acidentes automobilísticos.

► GÂNGLIOS BASAIS E SINTOMAS OC

Algumas das doenças neurológicas em cujo quadro clínico ocorrem sintomas OC associados a distúrbios dos movimentos, como a coreia de Sydenham, os transtornos de tique e Tourette, apresentam também comprometimento dos gânglios basais, razão pela qual houve um grande interesse dos estudiosos do TOC por essas estruturas e em entender sua relação com o transtorno.

Gânglios basais são estruturas cerebrais constituídas por núcleos de substância cinzenta situadas na parte mais profunda e central do cérebro e interconectadas entre si, com o córtex, com o tálamo e o tronco cerebral. Incluem o estriado, formado pelo núcleo cau-

dado e o putame; o globo pálido, segmento interno e externo; a substância negra, parte reticulada e parte compacta; e o núcleo subtalâmico. Até há pouco relacionados primordialmente com a execução de atos motores, na atualidade, os gânglios basais são também associados a aspectos mais sofisticados do comportamento, como a coordenação dos movimentos – o controle do início, a modulação e o planejamento de sua sequência –, a aprendizagem por ensaio e erro e o direcionamento cognitivo e motivacional, funções que podem estar comprometidas em indivíduos com TOC.

Lesões nos gânglios da base podem produzir disfunções dos movimentos como as hiper-cinesias – movimentos involuntários anormais (tiques, temores, balismos, coreias, distonias) – e as hipocinesias – redução global e involuntária dos movimentos, como ocorre no parkinsonismo, um efeito colateral de medicamentos antipsicóticos, e na própria doença de Parkinson, na qual há também um aumento do tono muscular. Em pacientes com TOC, é muito comum a comorbidade com transtorno de tiques e transtorno de Tourette, transtornos caracterizados por movimentos repetitivos. Os gânglios da base conectam-se com áreas frontais por meio de um circuito responsável pelo controle dos movimentos, dos impulsos, mediante mecanismos de inibição motora e/ou cognitiva, geralmente comprometidos no TOC, no qual é comum ainda a repetição de certos comportamentos, a dificuldade em interromper rituais e a lentidão motora. É natural, por todos esses motivos, que no TOC se pensasse no envolvimento cerebral e, em especial, dos gânglios basais.

DISFUNÇÃO DOS GÂNGLIOS BASAIS E SINTOMAS OC

A primeira observação da associação entre lesões dos gânglios da base, tiques motores e

comportamentos ritualísticos deve-se também a von Economo,¹¹ em pacientes que haviam sido acometidos de encefalite. Ele os descreveu como “tendo que” agir, mesmo “não querendo”, e atribuiu tais alterações comportamentais à destruição dos gânglios da base. Entretanto, as evidências mais consistentes do envolvimento dos gânglios basais no TOC se devem a observações mais recentes:

- a associação entre infecções estreptocócicas, doenças dos movimentos (CS ou transtorno de Tourette) e sintomas OC;
- alterações neurofisiológicas em indivíduos com TOC, constatadas por imagens cerebrais, mais comumente aumento do metabolismo, em circuitos cerebrais nos quais estão inclusos os gânglios da base;
- redução na intensidade dos sintomas após neurocirurgias realizadas em pacientes OC graves e refratários, como subtractomia do caudado, cingulotomia anterior, capsulotomia anterior e leucotomia límbica, as quais cortam as conexões entre áreas frontais e gânglios da base. Uma evidência adicional advém do uso, no TOC, da estimulação cerebral profunda (DBS). Nela, por meio do implante de eletrodos que podem ser ligados ou desligados, são estimuladas estruturas cerebrais, como áreas do núcleo caudado, estruturas adjacentes, como o *nucleus accumbens*, ou, ainda, as bordas da cápsula interna, e ela tem sido utilizada com algum sucesso no tratamento da doença de Parkinson, da dor intratável e também no tratamento do TOC grave e refratário.

INFECÇÕES ESTREPTOCÓCICAS E SINTOMAS OC

Início agudo ou exacerbações dos sintomas OC têm sido relacionados a infecções pelo estreptococo, especialmente o beta-hemolítico do

grupo A (EBHGA). Essas infecções, em crianças, além de muito comuns, em geral são benignas e autolimitadas. Em uma pequena porcentagem de casos, entretanto, podem ocorrer complicações, como a febre reumática, transtornos neurológicos, como a CS, e quadros neuropsiquiátricos diversos dos quais fazem parte sintomas OC e nos quais há possível comprometimento dos gânglios basais.¹²

FEBRE REUMÁTICA

A febre reumática é uma complicação das infecções pelo estreptococo. É uma doença inflamatória de natureza autoimune que se caracteriza especialmente por inflamações das grandes juntas, podendo envolver, ainda, a pele, o coração, e o cérebro. Se não for tratada pode provocar problemas cardíacos futuros. Supõe-se que a infecção pelo EBHGA produza anticorpos que reagiram com proteínas neurais (p. ex., do núcleo caudado) em pessoas suscetíveis. Pacientes com febre reumática, com CS ou sem CS, mesmo na fase não aguda, têm risco aumentado para o surgimento de transtornos do espectro OC, como TOC, tiques e transtorno dismórfico corporal (TDC).¹³

COREIA DE SYDENHAM

A CS, também chamada de “dança de São Vito”, caracteriza-se principalmente por movimentos anormais repentinos e involuntários da face, dos braços, das mãos e das pernas, pela súbita deterioração da escrita, e está relacionada a alterações nos chamados gânglios basais, estruturas cerebrais envolvidas na coordenação dos movimentos. Um estudo verificou que 82% das crianças com CS apresentavam sintomas OC que começaram vários dias antes do início da coreia, os quais aumentavam e diminuíam junto às anormalidades motoras.^{14,15}

TRANSTORNOS AUTOIMUNES NEUROPSIQUIÁTRICOS PEDIÁTRICOS ASSOCIADOS A INFECÇÃO ESTREPTOCÓCICA (PANDAS)

Sweedo e colaboradores¹² relataram alguns casos de crianças e adolescentes que apresentavam um quadro de início súbito de tiques motores (e/ou vocais) e sintomas OC graves ou a exacerbão de sintomas preexistentes após infecções recentes por estreptococo beta-hemolítico do grupo A. Esses pacientes melhoraram imediatamente dos sintomas após a realização de plasmaférese (troca de todo o plasma para eliminar os autoanticorpos), com o uso de imunoglobulina intravenosa (IV) ou substâncias imunossupressoras, como a prednisona. Foi proposta a denominação PANDAS (Pediatric Autoimmune Neuropsychiatric Disorders Associated with Streptococcal group A infections) para esses quadros, que teriam as seguintes características:

- transtorno neuropsiquiátrico: presença de sintomas OC e/ou tiques;
- início na infância ou na adolescência;
- início abrupto e/ou exacerbão aguda dos sintomas;
- associação temporal com infecções pelo EBHGA;
- presença de anormalidades neurológicas (hiperatividade motora e movimentos adventícios, incluindo movimentos coreiformes ou tiques).¹¹

A hipótese proposta foi de que no curso dos PANDAS poderia ocorrer um processo autoimune em que anticorpos antiEBHGA reagiam de forma cruzada com os gânglios basais, tendo como resultado comportamento anormal e movimentos involuntários, ou seja, uma reação imunológica nos gânglios da base, que passariam a ser erroneamente reconhecidos como tecidos estranhos pelos anticorpos pro-

duzidos pelo estreptococo e com eles reagiam provocando lesões, lembrando o que acontece em outras sequelas das infecções pelo EBHGA, como na glomerulonefrite, na febre reumática ou em doenças autoimunes que afetam o cérebro, tais como o lúpus eritematoso e a esclerose múltipla.

Relatos de caso e alguns estudos apoiam a hipótese da autoimunidade em PANDAS. Um estudo encontrou anticorpos antigângrios basais aumentados em crianças com PANDAS.¹⁶ Outros, entretanto, não encontraram aumento de anticorpos antineuronais nesse transtorno ou falharam em diferenciar pacientes com PANDAS e indivíduos com transtorno de Tourette em relação aos controle com TOC não PANDAS por meio da titulação de anticorpos antineuronais.¹⁷ Todavia, infecções estreptocócicas são muito comuns em crianças e adolescentes, e é difícil estabelecer um nexo causal em razão apenas da concomitância temporal. Tem havido, também, dificuldade em separar PANDAS dos transtornos de tique ou do de Tourette ou de CS com início súbito e drástico dos sintomas no período pré-puberal. Por último, deve ser destacado que PANDAS parece não ser apenas um problema pediátrico. Relatos de caso descrevem o início súbito de tiques ou TOC em adultos após infecções agudas pelo EBHGA.

TOC ASSOCIADO A TRANSTORNOS DE TIQUE OU TRANSTORNO DE TOURETTE

É muito comum a associação de TOC aos transtornos de tique ou transtorno de Tourette que ocorrem em uma taxa muito mais alta do que na população em geral, constituindo um subtipo específico de TOC, de acordo com a quinta edição do *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (DSM-5). Essa comorbidade parece ser bidirecional, com 20 a 60%

dos portadores de tiques preenchendo critérios para TOC e 20 a 38% das crianças com TOC relatando tiques comórbidos.¹⁸

O TOC associado a tiques ou a transtorno de Tourette, em geral, é de início precoce e mais comum em meninos. Predominam obsessões e compulsões por simetria e exatidão, além de compulsões semelhantes a tiques, como bater, tocar, raspar e piscar, precedidas por fenômenos sensoriais (sensações corporais focais táteis, musculoesqueléticas, viscerais ou ambas), por percepções do tipo *not just right*, (de que as coisas não estão exatas ou alinhadas) e pela ausência de ansiedade autonômica.¹⁹ Essas semelhanças fenomenológicas, além de muitas vezes tornarem difícil a separação entre tiques motores complexos, transtorno de Tourette e os sintomas de TOC, sugerem que esses transtornos sejam biologicamente relacionados e que possam compartilhar das mesmas áreas e fisiologias cerebrais.

➤ ALTERAÇÕES DE VOLUMES CEREBRAIS EM INDIVÍDUOS COM TOC

Outra questão a intrigar os pesquisadores diz respeito à existência ou não de alterações morfológicas nos indivíduos com TOC. Embora nem sempre concordantes, e ainda difíceis de serem generalizados, estudos iniciais verificaram que esses pacientes apresentavam volume diminuído do córtex orbitofrontal medial,²⁰ do córtex orbitofrontal tanto esquerdo como direito,²¹ do giro frontal medial, da região ínsulo-opercular esquerda, e aumento bilateral da parte ventral do putame, do tálamo²¹ e da parte anterior do cerebelo.²⁰

Estudos mais recentes procuraram comparar separadamente os volumes de massa branca (MB) e de massa cinzenta (MC) entre

indivíduos com TOC e controles. Em relação ao grupo controle, foi observado, em indivíduos com TOC, um aumento da MC nas regiões orbitofrontais posteriores e para-hipocampais e diminuição no córtex cingulado anterior esquerdo; também foi observada correlação inversa entre a gravidade dos sintomas e a MC do tálamo.²² Outro estudo comparou 55 pacientes com TOC livres de medicação e 58 indivíduos-controle pareados por idade utilizando morfometria baseada no voxel. Os pacientes apresentaram diminuição do volume da MC nos córtices orbitofrontal esquerdo (BA47), frontal inferior esquerdo (BA44/45), pré-frontal dorsolateral (BA9) e pré-frontal medial direito (BA10). Foi verificada, ainda, redução do volume da MB pré-frontal bilateral.²³

Duas metanálises, que incluíram, a primeira, 401 pacientes com TOC e 376 controles saudos, e a segunda, 639 pacientes com transtornos de ansiedade (incluindo TOC) e 737 controles saudos, não encontraram diferenças nos volumes globais de MC entre pacientes e controles. Entretanto, foram verificadas diferenças em volumes regionais. Os pacientes com TOC apresentaram maior volume de MC regional nos núcleos lenticulares, nos núcleos caudados bilaterais, no lobo parietal superior direito e uma diminuição bilateral dos volumes de MC dos giros dorsomediais frontais e dos cíngulos anteriores.^{24,25}

Pacientes pediátricos com TOC que não haviam sido tratados apresentavam significativamente mais MC no córtex orbitofrontal e no putame e menos no córtex occipital em comparação com os indivíduos-controle.²⁶ Outro estudo com crianças não tratadas encontrou um volume diminuído bilateralmente de MC e MB nos lobos parietais, o qual reverteu com a melhora clínica após 6 meses de tratamento.²⁷

► ALTERAÇÕES NEUROFISIOLÓGICAS NO TOC E O MODELO CÓRTICO-TÁLAMO-ESTRIADO-CORTICAL

ESTUDOS DE NEUROIMAGEM

Técnicas como a tomografia computadorizada por emissão de fóton único (SPECT), a tomografia por emissão de pósitrons (PET) e, em especial, a ressonância magnética nuclear funcional (RMNf) possibilitaram a visualização do cérebro em funcionamento. Permitiram, também, comparar o metabolismo cerebral de indivíduos com e sem TOC e identificar as regiões relacionadas ao transtorno.

Diferentes estratégias têm sido utilizadas para identificar as áreas envolvidas no TOC. Essas estratégias comparam as imagens funcionais cerebrais de indivíduos com diagnóstico de TOC às imagens de indivíduos saudos (controle), ou dos próprios indivíduos com TOC antes e depois de tratamentos, ou durante a provoção de sintomas. As comparações podem ser do funcionamento cerebral de indivíduos com TOC:

- do cérebro em repouso;
- antes e depois do tratamento farmacológico ou psicoterápico;
- em estado de repouso e durante a provoção dos sintomas. São, ainda, comparadas as áreas cerebrais recrutadas (solicitadas) durante a execução de testes neuropsicológicos nos quais são propostas tarefas que se supõe serem críticas para o indivíduo com TOC, como tomada de uma decisão, inibição motora e cognitiva, tempo de reação, memória de trabalho, entre outras, e que poderiam estar comprometidas no transtorno.

ESTUDOS DE NEUROIMAGEM FUNCIONAL EM INDIVÍDUOS COM TOC E CONTROLE NORMAIS

Evidências advindas de inúmeros estudos de neuroimagem funcional realizados no fim dos anos de 1980 e nos anos de 1990, embora com resultados nem sempre concordantes, apontam para um aumento do fluxo sanguíneo cerebral em indivíduos com TOC no córtex orbitofrontal (OFC) e nos gânglios basais, em comparação aos controle. Resumos desses estudos podem ser encontrados em Saxena e colaboradores.^{28,29}

FUNCIONAMENTO CEREBRAL ANTES E DEPOIS DO TRATAMENTO

Com algumas discrepâncias, mas de forma bastante consistente, os estudos têm verificado diminuição significativa do metabolismo do córtex orbitofrontal anterior direito, do tálamo, do núcleo caudado direito e do giro cingulado naqueles pacientes que responderam ao tratamento com terapia comportamental, com TCC ou com ISRS.³⁰⁻³³ Um estudo observou diminuição da ativação no córtex orbitofrontal, do giro frontal médio e nas regiões temporais após o tratamento com terapia comportamental ou fluvoxamina, bem como maior ativação do córtex parietal e do cerebelo.³² Foi observada redução da ativação da ínsula e do putame esquerdo após 6 meses de tratamento com 20 a 60 mg de fluoxetina em crianças.³⁴ Outro estudo verificou reduções significativas bilaterais no metabolismo do tálamo e sua normalização com TCC intensiva; houve, ainda, aumento importante da atividade no córtex do cíngulo dorsal anterior direito, que se correlacionou fortemente ao grau de melhora dos sintomas do TOC.³³

ESTUDOS DE PROVOCAÇÃO DE SINTOMAS

A provocação de sintomas e a observação das áreas cerebrais ativadas durante o teste tem sido uma metodologia utilizada para a identifi-

cação das áreas envolvidas em diversos transtornos psiquiátricos, como fobias simples, fobias de serpentes, transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) e também no TOC. Nesse transtorno, vários estudos de imagem cerebral associados a testes de provação dos sintomas indicam que eles estão relacionados a um metabolismo aumentado no córtex orbitofrontal, no giro cíngulo anterior, no núcleo caudado e no tálamo, aumento que, em muitos casos, normaliza após o tratamento bem-sucedido com ISRS ou com terapia de exposição e prevenção de resposta (EPR).³⁵ Em um desses testes de ativação de sintomas, foi observado o fluxo sanguíneo cerebral com o uso de PET em 11 pacientes com TOC durante testes de provação dos sintomas OC. Como exemplos de testes provocativos, foi solicitado que imaginassem uma porta não fechada, que colocassem as mãos em luvas que teriam sido “contaminadas”, na cesta do lixo ou no piso do banheiro, que tocassem em cédulas de dinheiro que se acreditava terem sido utilizadas por traficantes de drogas, que olhassem a fotografia de um *serial killer*, entre outras ações. Um aumento significativo do fluxo sanguíneo cerebral foi observado durante a provação dos sintomas no núcleo caudado direito, no giro cíngulo esquerdo e no córtex orbitofrontal bilateral em comparação ao estado de repouso.³⁶

OUTRAS ÁREAS CEREBRAIS ENVOLVIDAS NO TOC

Evidências mais recentes sugerem que, além da ativação das regiões corticais e subcorticais do circuito orbitofrontal e cíngulo anterior, podem ser ativadas, no TOC, regiões cerebrais mais amplas, incluindo as regiões pré-frontais dorsolaterais e posteriores, o pré-cúneo, o giro temporal superior esquerdo, bem como o córtex parietal e o cerebelo.^{32,37,38}

O padrão de ativação, aparentemente, é distinto em crianças em comparação a adul-

tos, sugerindo que possam ocorrer modificações com o passar do tempo. Um grupo de 18 crianças de 10 a 17 anos com TOC foi exposto a estímulos provocadores de sintomas relacionados a contaminação e simetria e a pinturas neutras e comparado a 18 indivíduos-controle. Os indivíduos com TOC apresentaram atividade diminuída na ínsula direita, no putame, no tálamo, no córtex pré-frontal dorsolateral e no córtex orbitofrontal esquerdo no experimento de contaminação e no tálamo direito e na ínsula direita no experimento de simetria.³⁹ Esses resultados contrastam com o que tem sido observado em adultos, tanto na ínsula como nos componentes do circuito córtico-estriado-tálamo-cortical (CETC), nos quais o metabolismo está, em geral, aumentado, sugerindo que possa haver efeitos desenvolvimentais nos sistemas neurais subjacentes aos sintomas OC, o que necessita ser comprovado.

ÁREAS CEREBRAIS E DIMENSÕES DE SINTOMAS OC

Estudos exploratórios têm mostrado diferentes perfis de metabolismo cerebral em razão das dimensões ou dos subtipos de sintomas,⁴⁰ mas os resultados são, ainda, inconsistentes e nem sempre concordantes. Um estudo com pacientes com acumulação compulsiva verificou que eles apresentavam metabolismo da glicose diminuído no giro cíngulo posterior e no cúneo e aumentado no giro cíngulo anterior dorsal.⁴¹

QUESTÕES EM ABERTO

Embora muitos estudos tenham encontrado hiperatividade em certas regiões cerebrais em indivíduos com TOC em comparação aos demais, existem discrepâncias quanto às áreas envolvidas. Contudo, nem todos os pacientes apresentam essa hiperatividade ou diminuição dela com o tratamento. Diferentes razões po-

dem contribuir para esses resultados discrepantes, como o uso associado de medicamentos, a presença ou não de comorbidades – em especial depressão –, a data de início dos sintomas e seu tempo de duração, bem como as diferentes apresentações dos sintomas. Acrecenta-se que as amostras são, em geral, pequenas – o que é comum em estudos de neuroimagem – e nem sempre são comparáveis, em razão da heterogeneidade do TOC. Cabem, ainda, as perguntas:

- As alterações observadas provocam os sintomas OC (seriam a causa)?
- O TOC provoca as alterações observadas (seriam consequências)?
- Uma terceira variável, não identificada, causaria os dois fenômenos – sintomas e alterações do metabolismo –, os quais seriam epifenômenos de uma causa ainda não esclarecida?

MODELO NEUROFISIOLÓGICO PARA O TOC: HIPERATIVIDADE NO CIRCUITO CÓRTICO-ESTRIADO-TÁLAMO-CORTICAL (CETC)

Os achados de neuroimagem funcional no TOC levaram alguns autores a propor a teoria de que a expressão sintomática do TOC seja mediada por circuitos que conectam o córtex orbitofrontal e estruturas subcorticais como o núcleo caudado ventromedial, o globo pálido e o núcleo medial dorsal do tálamo que estariam hiperativos no transtorno. Esse modelo foi proposto pelo grupo de pesquisadores da Universidade da Califórnia, Los Angeles, no fim da década de 1990²⁸ e é uma adaptação do modelo proposto em 1983 por Penney e Young para explicar o controle dos movimentos normais – a seleção dos movimentos desejados e a exclusão dos indesejados – bem como os distúrbios do movimento. O modelo tornou-

-se conhecido como o circuito córtico-estriado-tálamo-cortical (CETC) do TOC.

O CETC compreende duas vias:

- uma via excitatória glutamatérgica (direta) que conecta o córtex ao estriado (formado pelo núcleo caudado e o putame), ao globo pálido parte interna/substância negra reticulada (GPi/SNr), a seguir, ao tálamo, e retorna novamente para o córtex;
- e uma via indireta gabaérgica, inibitória, que conecta o estriado ao globo pálido parte externa (GPe), ao núcleo subtalâmico (STN), aos núcleos de saída – globo pálido parte interna/substância negra reticulada (GPi/SNr) – e novamente ao tálamo e ao córtex, como pode ser visualizado na Figura 3.1.

Os gânglios basais proporcionam um tono inibitório para o tálamo, e esse tono é modulado pelo balanço da atividade entre as vias direta e indireta que estão em equilíbrio (modelo do freio/accelerador) envolvendo neurotrans-

missores como o glutamato (excitador) e o GABA (inibidor). No indivíduo saudável, a atividade da via indireta contribui para o equilíbrio entre excitação e inibição do circuito, modulando, por exemplo, os movimentos.

COMO FUNCIONA O CIRCUITO CETC

Sinais glutamatérgicos (excitatórios) provenientes do cérebro provocariam excitação do estriado, que, por sua vez, aumentaria a inibição das células dos núcleos GPi/SNr por meio de sinais gabaérgicos inibitórios, reduzindo sua ação sobre o tálamo, que, desinibido, teria sua saída glutamatérgica excitatória em direção ao córtex aumentada. A ativação da via direta, portanto, desinibe o tálamo e facilita, por exemplo, os movimentos.

A atividade excitatória da via direta é contrabalançada pela atividade gabaérgica inibitória da via indireta, que conecta o estriado ao globo pálido parte externa, ao núcleo subtalâmico, aos núcleos externos (GPi/SNr) e, no-

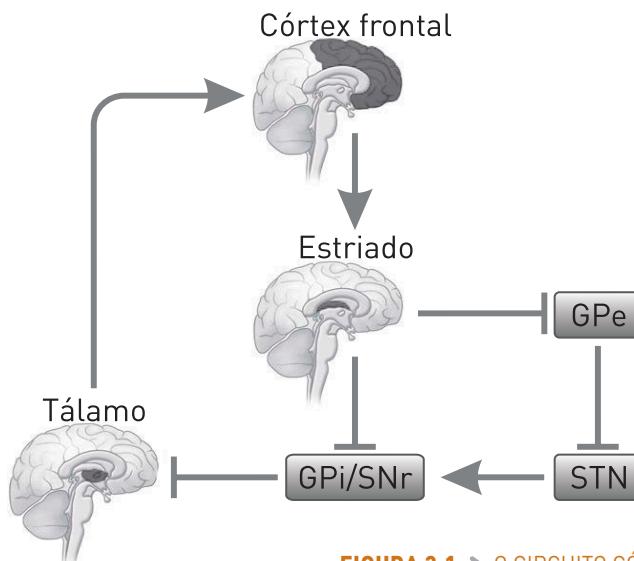


FIGURA 3.1 > O CIRCUITO CÓRTICO-ESTRIADO-TÁLAMO-CORTICAL.

Fonte: Kalra e Swedo.¹¹

vamente, ao tálamo e ao córtex. O aumento da atividade dessa via inibe o tálamo e, consequentemente, o córtex. O desequilíbrio entre o tono da via direta e o tono da via indireta determinaria a hiperatividade do circuito CETC documentado nos estudos de neuroimagem de indivíduos com TOC, a qual, por sua vez, mediaria os comportamentos repetitivos e fixos observados no transtorno (o freio deixaria de funcionar).¹¹

Supõe-se que, no TOC, por alguma razão ainda desconhecida, esse equilíbrio tenha sido rompido, provocando a hiperatividade do circuito. Essa ruptura poderia ocorrer por dois motivos:

- deficiências de GPi/SNR, na via direta, em inibir o tálamo, que, como consequência, envia mais sinais glutamatérgicos excitatórios para o córtex, que se tornaria hiperativo;
- falha do estriado em inibir GPe (na via indireta), resultando em aumento da inibição do núcleo subtalâmico e diminuição da ação de inibição de GPi/SNR sobre o tálamo, que, da mesma forma, envia mais sinais glutamatérgicos excitatórios para o córtex. Embora a maioria dos autores esteja de acordo quanto à relevância do circuito córtex-gânglios basais para o TOC, existe muito menos acordo quanto às causas primárias dessa disfunção, que continuam desconhecidas.^{4,11,28}

Também não há acordo sobre qual dos componentes está disfuncional. Para alguns, o defeito estaria no mecanismo que dá início (*starting mechanism*) e que estaria ativando o circuito muito rapidamente, enquanto outros acreditam que o problema está em falhas no mecanismo responsável por interromper ou frear a atividade do circuito na hora apropriada.⁴ Alguns estudos apontam que o núcleo caudado (no estriado) poderia ser o *site* dessa

disfunção. Também não se sabe como se dá a ação dos ISRSs em reduzir essa atividade; provavelmente seja decorrente de sua ação moduladora sobre os neurônios em geral.¹¹ Apesar de inconsistências e pontos obscuros do modelo CETC, ele é o mais abrangente de que se dispõe. Sua proposição, até hoje, norteia a maioria das pesquisas na área.

➤ DISFUNÇÕES NEUROPSICOLÓGICAS NO TOC

Pesquisas têm procurado verificar se processos cognitivos como a capacidade de planejamento, a memória em geral e a memória de trabalho, a tomada de decisão, a inibição motora e cognitiva, a flexibilidade mental e a capacidade de mudança afetiva estão ou não comprometidos no TOC. A estratégia utilizada consiste em expor os indivíduos com TOC a testes neuropsicológicos que avaliam o desempenho nas funções a serem estudadas e, por meio de imagens de RMNf, identificar as áreas cerebrais envolvidas (recrutadas), comparando ao desempenho de indivíduos saudáveis, antes e depois do tratamento, bem como ao de familiares não comprometidos.

DÉFICITS EM FUNÇÕES EXECUTIVAS

Funções executivas, como o planejamento, envolvem diferentes níveis hierárquicos de funcionamento cognitivo, como a geração de um plano, a memória de trabalho, o monitoramento do desempenho e a recompensa. Um estudo comparou 22 pacientes com TOC livres de medicação a 22 indivíduos saudáveis com o teste Torre de Londres (ToL) e verificou um comprometimento significativo das funções de planejamento nos indivíduos com o transtor-

no; observou, ainda, por meio de imagens de RMN, diminuição da capacidade de resposta frontoestriatal, sobretudo no córtex pré-frontal-dorsolateral e no núcleo caudado, e aumento, presumivelmente compensatório, da participação do cíngulo anterior, do córtex pré-frontal ventrolateral e do córtex para-hipocampal nos indivíduos comprometidos.⁴²

DÉFICITS DE MEMÓRIA EM VERIFICADORES

Tem sido sugerido que a necessidade de repetir verificações pudesse ocorrer, entre outras razões, por déficits de memória. Não foi confirmada a existência de comprometimento da memória geral em verificadores; no entanto, foi constatada menor confiança na memória, especialmente em situações que envolvem responsabilidade.⁴³ Foram encontrados em verificadores, ainda, déficits maiores na memória de trabalho do que os observados em pacientes com rituais de limpeza e lavagens,⁴⁴ déficits de memória não verbal, mas não de memória verbal na comparação com não checadores,⁴⁵ redução geral da memória de trabalho visual e visuoespacial.^{46,47}

CAPACIDADE DE TOMAR DECISÕES

São muito comuns no TOC, a indecisão, a necessidade de ter certeza e consequentemente, a dificuldade de tomar decisões. O desempenho de indivíduos com TOC nesses testes foi pior no Iowa Gambling Task (IGT), quando comparado ao de voluntários saudáveis.^{48,49} Familiares sem o transtorno também tiveram comprometimento no desempenho no IGT e no teste Torre de Londres, sugerindo que esse menor desempenho possa ser um endofenótipo (marcador interno). Acredita-se que a dificuldade em tomar decisões, no TOC, seja refle-

xo de disfunções do córtex pré-frontal e, mais especificamente, da área orbitofrontal.

DÉFICITS NO CONTROLE INIBITÓRIO DE COMPORTAMENTOS IMPULSIVOS OU COMPULSIVOS

Uma das explicações para os comportamentos impulsivos e compulsivos é de que os pacientes com TOC tenham dificuldades em inibir respostas motoras e cognitivas em contextos nos quais essas respostas sejam conflitantes com outras. As dificuldades estariam relacionadas a deficiências nos circuitos frontoestriatais. Testes como o Stop Signal Reaction Time (SSRT), o Serial Reaction Time (SRT) Go/No-go (inibição motora) e o Teste de Stroop (inibição por interferência) mediriam essas dificuldades.

Déficits de inibição foram observados em pacientes com TOC e tricotilomania, bem como em familiares de primeiro grau não afetados, em comparação a indivíduos saudáveis e seus familiares, sugerindo, ainda, que tais características sejam herdáveis.⁵⁰ Durante a aplicação dos testes Go/No-go e Switch Task (flexibilidade cognitiva), os indivíduos com TOC apresentaram diminuição da atividade em regiões orbitofrontal/pré-frontal dorsolateral, estriado e tálamo e em áreas temporoparietais, o que indica serem essas áreas relevantes para as referidas tarefas. Apresentaram, ainda, maior ativação no cerebelo e em regiões cerebrais posteriores do cérebro em comparação aos indivíduos-controle,⁵¹ sugerindo o envolvimento dessas áreas no TOC.

FLEXIBILIDADE MENTAL: FLEXIBILIDADE PARA MUDANÇA COGNITIVA E AFETIVA

O TOC é caracterizado por pensamentos e comportamentos repetitivos, muitas vezes estereotipados, dificuldades de conviver com in-

certezas, de efetuar mudanças e pouca flexibilidade mental. Os modelos neurobiológicos propõem que o córtex orbitofrontal seja o substrato neural para o processamento de recompensa e punição (flexibilidade mental), para mudanças de comportamento estabelecendo novas associações depois de contingimentos com estímulos reforçadores reversos (comportamento motivacional) e para a mudança afetiva (*affective switching*).

Um estudo comparou o desempenho em testes para avaliar flexibilidade cognitiva e por meio de imagens de RMNf de 22 pacientes com TOC que não estavam em uso de medicamentos e 27 saudáveis. Verificou-se desempenho significativamente comprometido dos pacientes com TOC nos testes. Neles também houve recrutamento menor do córtex orbitofrontal esquerdo, do córtex insular bilateral, do córtex dorsolateral bilateral e do córtex pré-frontal anterior bilateral do que nos indivíduos-controle.⁵² Outro estudo verificou redução anormal da atividade em várias regiões corticais, incluindo o córtex orbitofrontal lateral, durante o teste de aprendizagem reversa, tanto em pacientes como em seus familiares não afetados, sugerindo, por esse motivo, que essa redução seja um endofenótipo para o TOC.^{53,54}

VIÉS DE ATENÇÃO

Indivíduos com TOC, em consequência da ansiedade e da hipervigilância, podem aumentar o foco da atenção em estímulos que representam ameaça ou perigo e ter dificuldade em desviar a atenção de tais estímulos, configurando um viés da atenção, o que é comum quando existe medo de contaminação ou nojo. Um estudo verificou que portadores de TOC demoram mais tempo para desviar a atenção de estímulos (fotografias) provocadores de medo ou nojo do que os controles.⁵⁵

➤ FATORES NEUROPROTETORES E NEUROTÓXICOS (BDNF E INTERLEUCINAS)

Na linha do que se observa em outros transtornos psiquiátricos, como no transtorno do humor bipolar (TB) e na depressão, fatores neurotróficos (neuroprotetores) ou neurotóxicos têm sido implicados no TOC.

BDNF

O BDNF (Brain-Derived Neurotrophic Factor) promove a proliferação neuronal e a regeneração, molda a conectividade neuronal durante o desenvolvimento cerebral e participa da plasticidade neuronal no cérebro adulto. Desenvolve, em particular, um papel-chave em funções neurais que regulam as respostas aos estímulos ambientais como eventos estressores. Também está envolvido em psicopatologias humanas, como os transtornos depressivos e de ansiedade. A depressão maior, por exemplo, tem sido associada a baixos níveis séricos de BDNF, que normalizam com o tratamento farmacológico e não farmacológico. No TOC, estudos iniciais em pacientes que não haviam utilizado medicamentos observaram que os níveis séricos de BDNF eram menores do que nos indivíduos-controle.⁵⁶ O papel do BDNF no TOC, entretanto, necessita ser mais bem compreendido.

CITOCINAS (TNF- α) E INTERLEUCINAS IL-6

A classe das citocinas pró-inflamatórias tem múltiplas funções dentro do sistema imunológico, como modular o eixo hipotálamo/hipofisário, os sistemas serotonérgicos e glutamatérgicos. Elas incluem um grupo de substâncias chamadas de citocinas: o TNF- α (*tumor*

necrosis factor alpha), as interleucinas-1 (IL-1), a interleucina-6 (IL-6) e a interleucina-8 (IL-8). As citocinas mais estudadas nos transtornos psiquiátricos são o TNF- α e a IL-6, em razão de seus efeitos sobre o sistema nervoso central (SNC). O TNF- α é produzido por macrófagos e monócitos circulantes e desempenha um importante fator em processos infecciosos, inflamatórios e autoimunes. Ele também afeta os processos centrais direta ou indiretamente por meio de estimulação vagal. A IL-6 atua em uma variedade de células, regulando as reações da fase aguda, a resposta imunológica, e também está implicada em processos autoimunes e inflamatórios. Ela é sintetizada no cérebro e localiza-se junto aos seus próprios receptores. Existe em pequenas quantidades no cérebro, mesmo na ausência de processos inflamatórios. A questão em aberto é se a liberação dessas citocinas está alterada no TOC e se essa liberação correlaciona-se ou não com o tipo de psicopatologia, a idade de início, a gravidade e a duração da doença. Sua elevação pode ser uma evidência a favor do envolvimento do sistema imunológico no transtorno. Um estudo verificou que tanto os níveis de TNF- α como de IL-6 estavam aumentados em indivíduos com TOC em comparação aos sadios.⁵⁷

► GENÉTICA

As evidências de uma base genética para o TOC advêm da constatação de um risco aumentado para o desenvolvimento do transtorno em familiares de indivíduos com TOC e, sobretudo, em gêmeos monozigóticos. Esforços enormes têm sido feitos na identificação de genes candidatos, no estabelecimento do modelo de herdabilidade e na identificação de endofenótipos ou fenótipos intermediários, com resultados um tanto decepcionantes. Na verdade, as bases biológicas do TOC são, em grande parte, ainda desconhecidas, fato que tem impossibili-

tado a pesquisa genética mais focada em uma rota metabólica em particular.⁵⁸

TOC EM FAMILIARES

A prevalência maior do TOC em familiares do que na população em geral está bem documentada. Estudos iniciais constataram maior prevalência da doença em familiares de indivíduos com TOC: risco de TOC clínico e sub-clínico de 16% nos pais de indivíduos com TOC e de 3% nos indivíduos-controle;⁵⁹ de 10,3% para TOC clínico e 7,9% para TOC subclínico nos familiares de pacientes; e de 1,9 e 2% nos familiares de controle, respectivamente.⁶⁰ Outro estudo encontrou uma prevalência para a toda a vida em familiares de primeiro grau de indivíduos com o transtorno de 22,5 e de 2,6% nos controles. As taxas foram particularmente aumentadas quando os probandos apresentavam compulsões de alinhamento (45,4 vs. 18,8%).⁶¹

Nestadt e colaboradores⁶² compararam a prevalência de TOC nos familiares de 343 indivíduos com o transtorno e nos familiares de 300 indivíduos-controle. Verificaram que ela era bem mais elevada nos familiares de indivíduos com TOC: de 11,7 versus 2,7%. Observaram, ainda, que a idade de início estava fortemente associada a incidência familiar. Nenhum caso foi detectado em familiares de pacientes cujo TOC tinha iniciado após os 18 anos.

Por fim, um estudo de metanálise agregando os resultados de cinco estudos genéticos sobre o TOC concluiu que a razão das chances de haver TOC em familiares de primeiro grau de indivíduos com o transtorno era quatro vezes maior do que nos familiares de indivíduos sadios. O risco estimado foi de 8,2 e de 2%, respectivamente.⁶³

ESTUDOS DE GÊMEOS

Existem vários relatos de caso e uma única série de casos com 30 pares de gêmeos com

TOC. Nessa série, foi encontrada uma concordância de 87% para os 15 pares de gêmeos monozigóticos e de 47% para os 15 pares dizigóticos.⁶⁴ No conjunto de casos de gêmeos publicados até o presente, 54 (68%) de 80 pares de gêmeos monozigóticos eram concordantes, comparados a 9 (31%) de 29 pares dizigóticos. Não foram feitos, até o momento, estudos de adoção no TOC.

GENES CANDIDATOS, REGIÕES (*LOCUS*) ENVOLVIDAS E POLIMORFISMOS GENÉTICOS

Em razão das altas taxas de incidência familiar de TOC, os estudos genéticos têm procurado identificar os genes, bem como as variações genéticas, associados ao transtorno. O foco de interesse envolve os genes relacionados à síntese de proteínas de neurotransmissores e de seus transportadores envolvidos nos circuitos CETC, como dos receptores e transportadores da serotonina, do glutamato, da dopamina e do GABA.

Novos modelos de pesquisa genética e, em particular, a análise do genoma chegaram a alguns resultados interessantes, que necessitam, entretanto, ser consolidados. Algumas regiões cromossômicas, 9p24, 10p15 e 14q, têm sido associadas à transmissão genética do TOC. Contudo, uma revisão recente concluiu que a análise de genes candidatos nas regiões de ligação não forneceu evidências consistentes de seu envolvimento no TOC, à exceção do gene transportador de glutamato SLC1A1 em 9p24, especialmente no TOC de início precoce.^{8,9} A seguir, será apresentado um breve resumo desses estudos.

GENES DE TRANSPORTADORES DE SEROTONINA: HTTLPR E SLC6A

Em razão da importância dos medicamentos serotonérgicos no tratamento do TOC, era na-

tural o interesse por genes que codificam receptores e transportadores desse neurotransmissor. O transportador da serotonina modula fortemente as funções dessa substância e é um importante alvo terapêutico em várias doenças psiquiátricas, incluindo ansiedade, depressão e TOC.

O 5-HTTLPR, um polimorfismo funcional da região 5 flanqueadora do gene do transportador de serotonina, tem sido um *locus* intensivamente estudado. Mais de 300 estudos investigaram o papel do 5-HTTLPR em diversos fenótipos neuropsiquiátricos. Um estudo com 175 trios constituídos de probandos com TOC e de seus pais verificou que o alelo LA era transmitido duas vezes (*overtransmitted*) para os pacientes com TOC. O genótipo 5-HTTLPR LALA exerceria um efeito (1,8 vezes) moderado sobre o risco para o transtorno.⁶⁵ Uma metanálise estudou possíveis associações entre os alelos longo e curto do polimorfismo 5-HTTLPR do transportador de serotonina na região promotora do gene SLC6A4 e o TOC; não encontrou, entretanto, qualquer evidência de associação entre variação genética no *locus* 5-HTTLPR e TOC.⁶⁶

GLUTAMATO: REGIÕES CROMOSSÔMICAS E VARIANTES GENÉTICAS DOS TRANSPORTADORES SLC1A1, SLC6A4, GRIK2

A SLC1A1 é uma proteína transportadora do glutamato. Duas regiões cromossômicas, 9p24 e 14q, contêm o gene responsável por sua codificação. Vários estudos associam essa proteína à transmissão genética do TOC, especialmente 9p24, em TOC de início precoce.^{67,68} Porém, a região cromossônica 14q também parece associada à SLC1A1 e ao sintoma de acumulação compulsiva.⁶⁹ Também foram encontradas evidências de associação genética entre variantes de SLC6A4⁷⁰ e entre polimorfismos genéticos responsáveis pela codificação dos receptores io-

notrópicos do glutamato, o cainato 2 (GRIK2) em rs1556995 e a transmissão do TOC.⁷¹

SAPAP3

A SAPAP3 é uma proteína pós-sináptica da família SAP90/PSD95 que atua em sinapses excitatória; é altamente expressa no estriado e teria importância na sua regulação. Um estudo, que causou impacto na época em que foi publicado, demonstrou a possibilidade de defeitos genéticos, que se expressam em alterações no estriado, darem origem a comportamentos chamados de *grooming* em ratos.

Welch e colaboradores⁷² demonstraram que, em razão de uma mutação genética, ratos não produziam a proteína SAPAP3 e, ao mesmo tempo, apresentavam ansiedade e comportamentos repetitivos que acabavam provocando lesões na pele e perda dos pelos da cara semelhantes aos sintomas observados em pacientes com TOC e *grooming*. Esses sintomas eram aliviados com o uso de ISRSs. Os ratos apresentavam transmissão corticoestriatal reduzida e sinapses corticoestriatais sugestivas de imaturidade.⁷² Não se sabe qual a importância dessas mutações, que são raras, para os sintomas OC. Um estudo, entretanto, encontrou indícios de que variantes de SAPAP3 poderiam estar envolvidas nas *grooming disorders* (tricotilomania) e no TOC de início precoce,^{73,74} o que necessita ser confirmado.

DOPAMINA: DDR3 E DDR4

A dopamina (DA) parece estar envolvida na fisiopatologia do TOC. Consequentemente, genes codificadores de receptores de DA são candidatos a ter participação no TOC. Associações

entre o TOC e o receptor de dopamina DDR4 foram encontradas por alguns estudos, mas não para DDR3 ou para os transportadores de DA.^{58,75}

▶ CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nas últimas duas décadas, muitos estudos se dedicaram a identificar os componentes genéticos que poderiam estar envolvidos na transmissão genética e na etiologia do TOC. Os resultados têm sido um tanto desalentadores, e poucos estudos encontraram associação a genes candidatos. Certamente existem influências genéticas na etiologia do TOC, e seu efeito talvez seja modesto, pelo menos para a maioria dos pacientes. Os determinantes genéticos não foram detectados pelas técnicas tradicionais. Esses estudos, em geral, têm um poder limitado em virtude do pequeno tamanho das amostras e de não terem sido replicados; os resultados encontrados não apoiam uma hipótese biológica sustentável que ao mesmo tempo integre os fenótipos tanto do ponto de vista clínico como cognitivos e as variantes genéticas encontradas com técnicas de sequenciamento genético. Dificuldades adicionais decorrem da heterogeneidade do transtorno e até da diversidade genética das populações. Novas técnicas de busca de variantes genéticas no genoma estão sendo desenvolvidas, e outras ainda serão aplicadas, as quais poderão confirmar os resultados e encontrar respostas mais específicas. Até o momento, não há acordo quanto ao modelo de transmissão genética, se gene dominante, poligênico, mendeliano dominante ou codominante ou misto, a ser estabelecido no TOC.^{58,76}

- Evidências comprovam a participação de fatores cerebrais no TOC: entre eles a neurofisiologia e a neuroquímica cerebral e a genética.
 - Existem fortes evidências do envolvimento da serotonina na fisiopatologia do TOC, em especial a redução dos sintomas OC com o uso de ISRSs e a ocorrência de sintomas com agonistas serotonérgicos. Existem, entretanto, algumas evidências do envolvimento da dopamina e do glutamato.
 - Sintomas OC podem surgir durante o uso de medicamentos como risperidona, clozapina, olanzapina, quetiapina, topiramato e interferon, bem como na retirada da metadona e durante o uso de *ecstasy*.
 - Danos cerebrais resultantes de acidentes vasculares cerebrais, traumatismos craniencefálicos, doenças infecciosas cerebrais, doenças neurológicas degenerativas ou autoimunes que afetam em particular os chamados gânglios da base apresentam com frequência sintomas OC associados.
 - Complicações de doenças estreptocócicas, como a febre reumática, a coreia de Sydenham, e transtornos neuropediátricos associados ao estreptococo que afetam os gânglios da base com frequência apresentam sintomas OC associados.
 - Transtornos de tique/transtorno de Tourette são muito comuns em indivíduos com TOC, como também é comum a presença de TOC em indivíduos com transtorno de tique e transtorno de Tourette.
 - Estudos de imagem cerebral funcional indicam que os sintomas obsessivo-compulsivos estão associados a aumento do metabolismo nos circuitos que conectam o córtex orbitofrontal, o giro cíngulo anterior, o núcleo caudado ventromedial, o globo pálido e o núcleo medial dorsal do tálamo, o qual normaliza com a resposta ao tratamento.
 - Os pacientes com TOC aparentemente apresentam um volume maior de massa cinzenta regional nos núcleos lenticulares, nos núcleos caudados bilaterais, no lobo parietal superior direito, e diminuição bilateral dos volumes de massa cinzenta dos giros dorsomediais frontais e dos cíngulos anteriores.
 - Existem evidências de que os indivíduos com TOC apresentam disfunções em várias funções neurocognitivas: planejamento, tomada de decisão, controle inibitório, flexibilidade mental e viés atencional; menor confiança na memória e déficits na memória não verbal e de trabalho.
 - A prevalência de TOC em familiares de pacientes é quatro vezes maior do que na população em geral. Ela é maior quando o TOC é de início precoce. Em gêmeos, a chance de desenvolver TOC é de 68% em pares de monozigóticos e de 31% em pares dizigóticos.

- Diversos genes e polimorfismos genéticos têm sido associados à transmissão genética do TOC: 9p24, 14q e 10p15, mas nenhum modo de transmissão genética foi estabelecido.
 - O TOC de início precoce e a acumulação compulsiva têm maiores probabilidades de estarem associados à transmissão genética.

> REFERÊNCIAS

1. Murphy DL, Zohar J, Benkelfat C, Pato MT, Pigott TA, Insel TR. Obsessive-compulsive disorder as a 5-HT subsystem-related behavioural disorder. *Br J Psychiatry Suppl.* 1989;8(15):15-24.

2. Hollander E, DeCaria CM, Nitescu A, Gully R, Suckow RF, Cooper TB, et al. Serotonergic function in obsessive-compulsive disorder. Behavioral and neuroendocrine responses to oral m-chlorophenylpiperazine and fenfluramine in patients and healthy volunteers. *Arch Gen Psychiatry.* 1992;49(1):21-8.

3. Marchesi C, Tonna M, Maggini M. Obsessive-compulsive disorder followed by psychotic episode in long-term ecstasy misuse. *World J Biol Psychiatric.* 2009;10(4 Pt 2):599-602.

4. Dvorkin A, Silva C, McMurran T, Bisnaire L, Foster J, Szczetman H. Features of compulsive checking behavior mediated by nucleus accumbens and orbital frontal cortex. *Eur J Neurosci.* 2010;32(9):1552-63.

5. van der Wee NJ, Stevens H, Hardeman JA, Mandl RC, Denys DA, van Megen HJ, et al. Enhanced dopamine transporter density in psychotropic-naïve patients with obsessive-compulsive disorder shown by [¹²³I](β)-CIT SPECT. *Am J Psychiatry.* 2004;161(12):2201-6.

6. Chakrabarty K, Bhattacharyya S, Christopher, R, Khanna, S. Glutamatergic dysfunction in OCD. *Neuropsychopharmacology.* 2005;30:1735-40.

7. Wu K, Hanna GL, Rosenberg DR, Arnold PD. The role of glutamate signaling in the pathogenesis and treatment of obsessive-compulsive disorder. *Pharmacol Biochem Behav.* 2012;100(4):726-35.

8. Willour VL, Yao Shugart Y, Samuels J, Grados M, Cullen B, Bienvenu OJ 3rd, et al. Replication study supports evidence for linkage to

9. Walitz S, Wendland JR, Gruenblatt E, Warnke A, Sontag TA, Tucha O, et al. Genetics of early-onset obsessive-compulsive disorder. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2010;19(3):227-35.

10. Khazaal Y, Krenz S, Benmebarek M, Zullino DF. Worsening of obsessive-compulsive symptoms under methadone tapering. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry.* 2006;30(7):1350-2.

11. Kalra SK, Swedo SE. Children with obsessive-compulsive disorder: are they just "little adults"? *Clin Invest.* 2009;119(4):737-46.

12. Swedo SE, Leonard HL, Garvey M, Mittleman B, Allen AJ, Perlmutter S, et al. Pediatric autoimmune neuropsychiatric disorders associated with streptococcal infections: clinical description of the first 50 cases. *Am J Psychiatry.* 1998;155(2):264-71.

13. Asbahr FR, Negrão AB, Gentil V, Zanetta DM, da Paz JA, Marques-Dias MJ, et al. Obsessive-compulsive and related symptoms in children and adolescents with rheumatic fever with and without chorea: a prospective 6-month study. *Am J Psychiatry.* 1998;155(8):1122-4.

14. Swedo SE, Rapoport JL, Cheslow DL, Leonard HL, Ayoub EM, Hosier DM, et al. High prevalence of obsessive-compulsive symptoms in patients with Sydenham's chorea. *Am J Psychiatry.* 1989;146(2):246-9.

15. Swedo SE, Leonard HL, Schapiro MB, Casey BJ, Mannheim GB, Lenane MC, et al. Sydenham's chorea: physical and psychological symptoms of St Vitus dance. *Pediatrics.* 1993;91:706-73.

16. Dale RC, Heyman I, Giovannoni G, Church AW. Incidence of anti-brain antibodies in children with obsessive-compulsive disorder. *Br J Psychiatry.* 2005;187:314-9.

17. Morris CM, Pardo-Villamizar C, Gause CD, Singer HS. Serum autoantibodies measured by immunofluorescence confirm a failure to differentiate PANDAS and Tourette syndrome from controls. *J Neurol Sci.* 2009;276(1-2):45-8.
18. Lewin AB, Chang S, McCracken J, McQueen M, Piacentini J. Comparison of clinical features among youth with tic disorders, obsessive-compulsive disorder (OCD), and both conditions. *Psychiatry Res.* 2010;178(2):317-22.
19. Miguel EC, do Rosário-Campos MC, Prado HS, do Valle R, Rauch SL, Coffey BJ, et al. Sensory phenomena in obsessive-compulsive disorder and Tourette's disorder. *J Clin Psychiatry.* 2000;61(2):150-6.
20. Pujol J, Soriano-Mas C, Alonso P, Cardoner N, Menchón JM, Deus J, et al. Mapping structural brain alterations in obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry.* 2004;61(7):720-30.
21. Atmaca M, Yildirim H, Ozdemir H, Tezcan E, Poyraz AK. Volumetric MRI study of key brain regions implicated in obsessive-compulsive disorder. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry.* 2007;31(1):46-52.
22. Valente AA Jr, Miguel EC, Castro CC, Amaro E Jr, Duran FL, Buchpiguel CA, et al. Regional gray matter abnormalities in obsessive-compulsive disorder: a voxel-based morphometry study. *Biol Psychiatry.* 2005;58(6):479-87.
23. van den Heuvel OA, Remijnse PL, Mataix-Cols D, Vrenken H, Groenewegen HJ, Uylings HB, et al. The major symptom dimensions of obsessive-compulsive disorder are mediated by partially distinct neural systems. *Brain.* 2009;132(Pt 4):853-68.
24. Radua J, Mataix-Cols D. Voxel-wise meta-analysis of grey matter changes in obsessive-compulsive disorder. *Br J Psychiatry.* 2009;195(5):393-402.
25. Radua J, van den Heuvel OA, Surguladze S, Mataix-Cols D. Metaanalytical comparison of voxel-based morphometry studies in obsessive-compulsive disorder vs other anxiety disorders. *Arch Gen Psychiatry.* 2010;67(7):701-11.
26. Szczesko PR, Christian C, Macmaster F, Lencz T, Mirza Y, Taormina SP, et al. Gray matter structural alterations in psychotropic drug-naïve pediatric obsessive-compulsive disorder: an optimized voxel-based morphometry study. *Am J Psychiatry.* 2008;165(10):1299-307.
27. Lázaro L, Bargalló N, Castro-Fornieles J, Falcón C, Andrés S, Calvo R, et al. Brain changes in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder before and after treatment: a voxel-based morphometric MRI study. *Psychiatry Res.* 2009;172(2):140-6.
28. Saxena S, Brody AL, Schwartz JM, Baxter LR. Neuroimaging and frontal-subcortical circuitry in obsessive-compulsive disorder. *Br J Psychiatry Suppl.* 1998;(35):26-37.
29. Saxena S, Rauch SL. Functional neuroimaging and the neuroanatomy of obsessive-compulsive disorder. *Psychiatr Clin North Am.* 2000;23:563-86.
30. Baxter LR Jr, Schwartz JM, Bergman KS, Szuba MP, Guze BH, Mazziotta JC, et al. Caudate glucose metabolic rate changes with both drug and behavior therapy for obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry.* 1992;49(9):681-9.
31. Gilbert AR, Moore GJ, Keshavan MS, Paulson LA, Narula V, Mac Master FP, et al. Decrease in thalamic volumes of pediatric patients with obsessive-compulsive disorder who are taking paroxetine. *Arch Gen Psychiatry.* 2000;57(5):449-56.
32. Nakao T, Nakagawa A, Yoshiura T, Nakatani E, Nabeyama M, Yoshizato C, et al. Brain activation of patients with obsessive-compulsive disorder during neuropsychological and symptom provocation tasks before and after symptom improvement: a functional magnetic resonance imaging study. *Biol Psychiatry.* 2005;57(8):901-10.
33. Saxena S, Gorbis E, O'Neill J, Baker SK, Mandelkern MA, Maidment KM, et al. Rapid effects of brief intensive cognitive behavioral therapy on brain glucose metabolism in obsessive-compulsive disorder. *Mol Psychiatry.* 2009;14(2):197-205.
34. Lázaro L, Caldú X, Junqué C, Bargalló N, Andrés S, Morer A, et al. Cerebral activation in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder before and after treatment: a functional MRI study. *J Psychiatr Res.* 2008;42(13):1051-9.
35. Breiter HC, Rauch SL, Kwong KK, Baker JR, Weisskoff RM, Kennedy DN, et al. Functional magnetic resonance imaging of symptom provocation in obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry.* 1996;53(7):595-606.
36. Rauch SL, Jenike MA, Alpert NM, Baer L, Breiter HC, Savage CR, et al. Regional cerebral blood flow measured during symptom provocation in obsessive-compulsive disorder using oxygen 15-labeled carbon dioxide and positron emission tomography. *Arch Gen Psychiatry.* 1994;51(1):62-70.
37. Nabeyama M, Nakagawa A, Yoshiura T, Nakatani E, Togao O, Yoshizato C, et al. Functional MRI study of brain activation alterations in patients with obsessive-compulsive disorder after symptom improvement. *Psychiatry Res.* 2008;163(3):236-47.
38. Rotge JY, Guehl D, Dilharreguy B, Cuny E, Tignol J, Bioulac B, et al. Provocation of obsessive-compulsive symptoms: a quantitative voxel-based meta-analysis of functional neuroimaging studies. *J Psychiatry Neurosci.* 2008;33(5):405-12.
39. Gilbert AR, Akkal D, Almeida JR, Mataix-Cols D, Kalas C, Devlin B, et al. Neural correlates of symptom dimensions in pediatric obsessive-compulsive disorder: a functional magnetic resonance imaging study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2009;48(9):936-44.
40. Mataix-Cols D, Wooderson S, Lawrence N, Brammer MJ, Speckens A, Phillips ML. Distinct neural correlates of washing, checking, and hoarding symptom dimensions in obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry.* 2004;61(6):564-76.
41. Saxena S, Brody AL, Maidment KM, Smith EC, Zohrabi N, Katz E, et al. Cerebral glucose metabolism in obsessive-compulsive hoarding. *Am J Psychiatry.* 2004;161(6):1038-48.

42. van den Heuvel OA, Veltman DJ, Groenewegen HJ, Cath DC, van Balkom AJ, van Hartskamp J, et al. Frontal-striatal dysfunction during planning in obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62(3):301-9.
43. Cougle JR, Salkovskis PM, Wahl K. Perception of memory ability and confidence in recollections in obsessive-compulsive checking. *J Anxiety Disord*. 2007;21(1):118-30.
44. Nakao T, Nakagawa A, Nakatani E, Nabeyama M, Sanematsu H, Yoshiura T, et al. Working memory dysfunction in obsessive-compulsive disorder: a neuropsychological and functional MRI study. *Psychiatr Res*. 2009;174(8):784-91.
45. Cha KR, Koo MS, Kim CH, Kim JW, Oh WJ, Suh HS, et al. Nonverbal memory dysfunction in obsessive-compulsive disorder patients with checking compulsions. *Depress Anxiety*. 2008;25(11):115-20.
46. Nedeljkovic M, Kyrios M, Moulding R, Doron G, Wainwright K, Pantelis C, et al. Differences in neuropsychological performance between subtypes of obsessive-compulsive disorder. *Aust N Z J Psychiatry*. 2009;43(3):216-26.
47. Jaafari N, Frasca M, Rigalleau F, Rachid F, Gil R, Olié JP, et al. Forgetting what you have checked: a link between working memory impairment and checking behaviors in obsessive-compulsive disorder. *Eur Psychiatry*. 2013;28(2):87-93.
48. da Rocha FF, Alvarenga NB, Malloy-Diniz L, Corrêa H. Decision making impairment in obsessive-compulsive disorder as measured by the Iowa Gambling Task. *Arq Neuropsiquiatr*. 2011;69(4):642-7.
49. Starcke K, Tuschen-Caffier B, Markowitzch HJ, Brand M. Dissociation of decisions in ambiguous and risky situations in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Res*. 2010;175(1-2):114-20.
50. Chamberlain SR, Fineberg NA, Menzies LA, Blackwell AD, Bullmore ET, Robbins TW, et al. Impaired cognitive flexibility and motor inhibition in unaffected first-degree relatives of patients with obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry*. 2007;164(2):335-8.
51. Page LA, Rubia K, Deeley Q, Daly E, Toal F, Mataix-Cols D, et al. A functional magnetic resonance imaging study of inhibitory control in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Res*. 2009;174(3):202-9.
52. Remijnse PL, Nielen MM, van Balkom AJ, Cath DC, van Oppen P, Uylings HB. Reduced orbitofrontal-striatal activity on a reversal learning task in obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2006;63(11):1225-36.
53. Chamberlain SR, Menzies L, Hampshire A, Suckling J, Fineberg NA, del Campo N, et al. Orbitofrontal dysfunction in patients with obsessive-compulsive disorder and their unaffected relatives. *Science*. 2008;321(5887):421-2.
54. Chamberlain SR, Menzies L. Endophenotypes of obsessive-compulsive disorder: rationale, evidence and future potential. *Expert Rev Neurother*. 2009;9(8):1133-46.
55. Cisler JM, Olatunji BO. Components of attentional biases in contamination fear: evidence for difficulty in disengagement. *Behav Res Ther*. 2010;48(1):74-8.
56. Wang Y, Mathews CA, Li Y, Lin Z, Xiao Z. Brain-derived neurotrophic factor (BDNF) plasma levels in drug-naïve OCD patients are lower than those in healthy people, but are not lower than those in drug-treated OCD patients. *J Affect Disord*. 2011;133(1-2):305-10.
57. Konuk N, Tekin IO, Ozturk U, Atik L, Atasoy N, Bektas S, et al. Plasma levels of tumor necrosis factor-alpha and interleukin-6 in obsessive compulsive disorder. *Mediators Inflamm*. 2007;2007:65704.
58. Nestadt G, Grados M, Samuels JF. Genetics of obsessive-compulsive disorder. *Psychiatr Clin North Am*. 2010;33(1):141-58.
59. Black DW, Noyes R Jr, Goldstein RB, Blum N. A family study of obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1992;49:362-8.
60. Pauls DL, Alsobrook JP 2nd, Goodman W, Rasmussen S, Leckman JF. A family study of obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry*. 1995;152(1):76-84.
61. Hanna GL, Himle JA, Curtis GC, Gillespie BW. A family study of obsessive-compulsive disorder with pediatric probands. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet*. 2005;134B(1):13-9.
62. Nestadt G, Samuels J, Riddle M, Bienvenu OJ 3rd, Liang KY, LaBuda M, et al. A family study of obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2000;57(4):358-63.
63. Hettema JM, Neale MC, Kendler KS. A review and meta-analysis of the genetic epidemiology of anxiety disorders. *Am J Psychiatry* 2001;158(10):1568-78.
64. Carey G, Gottesman I. Twin and family studies of anxiety, phobic, and obsessive disorders anxiety: new research and changing concepts. In: Klein DF, Rabkin JG, editors. *Anxiety: new research and changing concepts*. New York: Raven; 1981. p. 117-36.
65. Hu XZ, Lipsky RH, Zhu G, Akhtar LA, Taubman J, Greenberg BD, et al. Serotonin transporter promoter gain-of-function genotypes are linked to obsessive-compulsive disorder. *Am J Hum Genet*. 2006;78(5):815-26.
66. Bloch MH, Landeros-Weisenberger A, Sen S, Dombrowski P, Kelmendi B, Coric V, et al. Association of the serotonin transporter polymorphism and obsessive-compulsive disorder: systematic review. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet*. 2008;147B(6):850-8.
67. Dickel DE, Veenstra-VanderWeele J, Cox NJ, Wu X, Fischer DJ, Van Etten-Lee M, et al. Association testing of the positional and functional candidate gene SLC1A1/EAAC1 in early-onset obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2006;63(7):778-85.
68. Stewart SE, Fagerness JA, Platko J, Smoller JW, Scharf JM, Illmann C, et al. Association of the SLC1A1 glutamate transporter gene and

- obsessive-compulsive disorder. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet.* 2007;144B(8):1027-33.
69. Samuels J, Nestadt G. Evidence for potential relationship between SLC1A1 and a putative genetic linkage region on chromosome 14q to obsessive-compulsive disorder with compulsive hoarding. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet.* 2008;147B(6):1000-2.
70. Voyiazakis E, Evgrafov O, Li D, Yoon HJ, Tabares P, Samuels J, et al. Association of SLC6A4 variants with obsessive-compulsive disorder in a large multicenter US family study. *Mol Psychiatry.* 2011;16(1):108-20.
71. Sampaio AS, Fagerness J, Crane J, Leboyer M, Delorme R, Pauls DL, et al. Association between polymorphisms in GRIK2 gene and obsessive-compulsive disorder: a family-based study. *CNS Neurosci Ther.* 2011;17(3):141-7.
72. Welch JM, Lu J, Rodriguez RM, Trotta NC, Peca J, Ding JD, et al. Corticos-striatal synaptic defects and OCD-like behaviours in Sapap3-mutant mice. *Nature.* 2007;448(7156):894-900.
73. Bienvenu OJ, Wang Y, Shugart YY, Welch JM, Grados MA, Fyer AJ, et al. Sapap3 and pathological grooming in humans: results from the OCD collaborative genetics study. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet.* 2009;150B(5):710-20.
74. Boardman L, van der Merwe L, Lochner C, Kinnear CJ, Seedat S, Stein DJ, et al. Investigating SAPAP3 variants in the etiology of obsessive-compulsive disorder and trichotillomania in the South African white population. *Compr Psychiatry.* 2011;52(2):181-7.
75. Millet B, Chabane N, Delorme R, Leboyer M, Leroy S, Poirier MF, et al. Association between the dopamine receptor D4 (DRD4) gene and obsessive-compulsive disorder. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet.* 2003;116B(1):55-9.
76. Hemmings SM, Stein DJ. The current status of association studies in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatr Clin North Am.* 2006;29(2):411-44.

4

ARISTIDES VOLPATO CORDIOLI

Fatores psicológicos na gênese e na manutenção do TOC

OBJETIVO

- Conhecer e avaliar criticamente as teorias psicológicas sobre a origem e a manutenção dos sintomas do transtorno obsessivo-compulsivo (TOC);
- A teoria psicodinâmica da neurose obsessiva.
- Aprendizagens erradas no TOC; a origem e a manutenção dos sintomas obsessivo-compulsivos (OC) de acordo com o modelo comportamental.
- Avaliações e interpretações erradas, pensamentos e crenças disfuncionais no TOC; o modelo cognitivo-comportamental.

Um dos pioneiros em propor modelos explicativos para a gênese do TOC foi Freud, ainda no início do século passado. Deve-se a ele uma minuciosa e detalhada descrição das manifestações clínicas da então denominada “neurose obsessiva”, que segue atual em muitos aspectos. Sua proposição, no entanto, de que o TOC seria o resultado de conflitos inconscientes situados na fase anal/sádica do desenvolvimento psicossexual não mais se sustenta, em razão das evidências que apoiam fatores neurobiológicos, comportamentais e cognitivos na gênese e na manutenção do transtorno.

O modelo comportamental surgiu nos anos de 1960 e 1970 em grande parte devido às falhas do modelo psicodinâmico de Freud, especialmente a ineficácia da psicanálise e da terapia psicodinâmica em tratar o TOC. O modelo propôs uma explicação para os fenômenos OC com base nas teorias da aprendizagem, segundo as quais existe uma relação funcional, de reforço e das compulsões em relação às obsessões. Essa hipótese teve como principal apoio o sucesso da terapia de exposição e prevenção de resposta (EPR) em tratar os sintomas OC. Pela primeira vez, tinha-se uma terapia que, em muitos casos, eliminava por com-

pleto os sintomas OC e cujos pacientes não recidivavam mesmo vários anos após o término do tratamento. Entretanto, o modelo também apresentou problemas. Muitos pacientes não conseguiam se beneficiar da terapia de EPR, muitos tinham dificuldade em aderir aos exercícios; outros abandonavam precocemente o tratamento.

Essas dificuldades chamaram a atenção para o possível papel de erros de avaliação e crenças distorcidas subjacentes aos sintomas e que poderiam ser os responsáveis pelas dificuldades observadas. E, de fato, tanto a prática clínica como as pesquisas têm confirmado a presença em maior ou menor grau de crenças disfuncionais na maioria dos indivíduos com TOC. A identificação dessas crenças permitiu uma compreensão mais ampla e mais profunda da finalidade da execução dos comportamentos compulsivos, destinados não somente a aliviar ansiedades ou desconfortos, como propunha o modelo comportamental, mas também a reduzir ameaças, riscos e responsabilidades imaginárias. Todavia, pesquisas clínicas comprovaram que a correção dessas crenças distorcidas por meio da chamada terapia cognitiva eliminava os sintomas do TOC. Como resultado, técnicas cognitivas vêm sendo incorporadas à terapia de EPR: psicoeducação, experimentos comportamentais, estratégias para reduzir a hipervigilância e potencializar a exposição, e técnicas cognitivas de correção de crenças disfuncionais. Em razão desses acréscimos, a terapia para o TOC vem sendo denominada de terapia cognitivo-comportamental (TCC).

Neste capítulo, serão revisadas as teorias psicológicas propostas para explicar a gênese e a manutenção dos sintomas OC, em particular as que embasam a TCC para o TOC. Serão destacadas as evidências a favor, bem como as limitações ou lacunas de cada modelo, para que o leitor possa desenvolver um ponto de vista crítico.

► FREUD E O MODELO PSICODINÂMICO DO TOC

Em 1909, Freud, em um de seus casos mais conhecidos – “O homem dos ratos” –,¹ propôs uma explicação para a chamada “neurose obsessiva”, como o TOC era conhecido na época, que se manteve até recentemente. Descreveu de forma minuciosa as manifestações do referido quadro: imagens e pensamentos indesejáveis de conteúdo agressivo (ratos cavando um caminho no ânus, pensamentos de cortar a garganta com uma lâmina); pensamentos supersticiosos; medos, dúvidas e proibições; onipotência (poder) dos pensamentos e compulsões. Algumas das características que destacou, como o poder do pensamento, a indecisão (ambivalência), o controle, a anulação (neutralização), o perfeccionismo, a escrupulosidade e a mesquinhez, são consideradas até hoje parte das manifestações do transtorno e foram retomadas e valorizadas particularmente pelas teorias cognitivas. Vale a pena conferir um breve resumo do “O homem dos ratos”, pois sintomas semelhantes atormentam muitos pacientes nos dias atuais.

Para a teoria psicanalítica, os sintomas OC seriam resultantes de conflitos inconscientes situados na fase anal/sádica do desenvolvimento psicossexual, centrados no erotismo anal – relacionado ao prazer de reter ou expelir as fezes, e no sadismo anal – relacionado ao controle e à expressão de impulsos agressivos deslocados para as fezes. Os conflitos típicos da fase envolveriam passividade/atividade, amor e ódio, controle dos pais, além da separação, individuação e independência. Defesas típicas da fase seriam a ambivalência, a intellectualização, o isolamento dos afetos, a anulação, o deslocamento e a formação reativa (adoção de traços de caráter opostos aos impulsos temidos). Essas defesas, utilizadas de forma crônica, poderiam se transformar em traços de caráter, eventualmente patológicos,

como preocupação com ordem e limpeza, obsessão, parcimônia, mesquinhez, frugalidade, teimosia, inflexibilidade, meticulosidade ou tendências sadomasoquistas.² Algumas dessas características correspondem a traços obsessivo-compulsivos da personalidade e podem estar presentes em uma dimensão do TOC – a acumulação compulsiva (ou no transtorno da acumulação).

COMENTÁRIOS CRÍTICOS

A ineficácia da psicanálise e das terapias de orientação analíticas em tratar os sintomas OC, a não comprovação do papel de conflitos inconscientes na sua gênese, as evidências a favor de um papel importante de fatores biológicos, comportamentais e cognitivos e, sobretudo, sua resposta rápida à terapia de EPR e à TCC acabaram por minar o modelo psicodinâmico. Acreditava-se, ainda, que, sem um tratamento em profundidade dos conflitos inconscientes, a simples remoção dos sintomas OC por técnicas mais superficiais (como as técnicas comportamentais) inevitavelmente levaria à sua substituição. Da mesma forma, acreditava-se que os pacientes poderiam ter um desequilíbrio grave, caso lhes fosse solicitado que se abstivessem de executar rituais. Na prática, esses pressupostos não se confirmaram.

Por último, é importante destacar que interpretar para o paciente que obsessões de conteúdo agressivo, sexual ou blasfemo, dúvidas obsessivas em relação à orientação sexual poderiam ser expressão de impulsos e desejos inconscientes ou, ainda, de um lado oculto, secreto ou reprimido da personalidade, além de ser uma explicação sem evidências de ser verdadeira, agrava ainda mais tais sintomas, pois estimula o paciente a vigiar seus pensamentos e tentar afastá-los ou suprimi-los, provocando o efeito paradoxal de aumentar sua intensidade e frequência.

O HOMEM DOS RATOS

Freud tratara um jovem de educação universitária que apresentava obsessões desde sua infância e com maior intensidade nos últimos quatro anos. A experiência que determinara a primeira consulta ocorreu quando estava em manobras em uma unidade militar. Ouvira um oficial descrevendo uma forma de tortura que o deixara muito impressionado, na qual o prisioneiro ficava sentado, nu, amarrado sobre um recipiente contendo ratos, que buscavam escavar o ânus em busca de uma saída. Após ouvir o relato, a imagem da cena passara a invadir sua mente sem que ele fosse capaz de evitá-la, o que lhe causava grande aflição. Imaginava a mesma cena acontecendo com uma jovem de quem gostava e com seu pai. Além disso, era atormentado por impulsos de natureza agressiva – como cortar a própria garganta com uma lâmina e por temores de que algo ruim acontecesse à sua noiva ou ao pai. Ao tropeçar em uma pedra na rua, ocorria-lhe que talvez alguém pudesse se acidentar com a referida pedra e, em função disso, sentia-se compelido a voltar e recolocá-la na posição original. Passara muitos anos combatendo essas e outras ideias, perdendo muito tempo de sua vida e realizando vários tratamentos sem resultado.¹

➤ O MODELO COMPORTAMENTAL DO TOC

Apesar das limitações do modelo proposto por Freud, ele preponderou até meados dos anos de 1970 como explicação para os fenômenos obsessivos e como fundamento para o tratamento psicoterápico para o TOC, que era realizado por psicanálise ou psicoterapia de orientação psicanalítica. Havia, no entanto, insatisfação com a ineficácia e com a duração desses tratamentos. Na época, havia também grande interesse na busca de métodos alternativos, que fossem mais breves e mais efetivos, e que focassem mais diretamente nos sintomas. Pesquisas com animais de laboratório, que se apoiavam nos princípios da aprendizagem, tinham obtido sucesso em desenvolver as chamadas “neuroses artificiais”, em particular comportamentos evitativos, bem como métodos (comportamentais) efetivos para tratá-las. Um desses experimentos reproduzia de certa forma os sintomas do TOC.

MODELO ANIMAL DE TOC

Richard Solomon e colaboradores³ criaram um elegante, mas muitas vezes esquecido, modelo animal de TOC. Trabalhavam com cães em caixas utilizadas para transporte (contêineres) divididas em dois compartimentos por um obstáculo sobre o qual o animal podia saltar. Cada metade da caixa estava equipada com uma grelha elétrica que poderia ser independentemente eletrificada, para dar um choque elétrico nas patas do animal. Além disso, uma luz servia como um estímulo condicionado. O procedimento para produzir o comportamento do tipo ritual compulsivo era o de parear a luz com um choque elétrico (o choque ocorria 10 segundos após a luz ter sido acesa). O cão logo aprendia a saltar para o outro compartimento da caixa que não fora eletrificado, sempre que recebia um choque. Depois de várias tentati-

vas, aprendia a evitar com sucesso o choque, saltando em resposta à luz (em 10 segundos). Uma vez que essa resposta condicionada havia sido aprendida, a eletricidade era desligada, e o cão não recebia mais choque algum. No entanto, continuava a saltar sobre a barreira cada vez que a luz acendia mesmo depois de centenas de testes e apesar de não haver qualquer risco real de choque. Aparentemente, havia adquirido um hábito obsessivo-compulsivo de saltar sobre o obstáculo sempre que a luz fosse acesa, o que reduzia seu medo condicionado de choque, e assim se mantinha, por reforço negativo (a remoção do estresse emocional associado a um estímulo aversivo condicionado).^{3,4} Esse modelo pode servir como um análogo animal para o TOC humano em que o comportamento compulsivo é desencadeado por medo associado a situações ou estímulos como banheiros, pisos, ou até mesmo a pensamentos obsessivos indesejáveis (estímulos condicionados) e que é reduzido por evitação e rituais compulsivos. Ao proporcionarem alívio, esses comportamentos são reforçados negativamente (ou seja, tornam-se habituais).⁴

Experimentos com voluntários humanos também foram cruciais para uma nova compreensão do TOC com base nos princípios da aprendizagem e serão descritos a seguir.

EXPERIMENTOS COM VOLUNTÁRIOS HUMANOS

Autores ingleses, particularmente Hogdson, Röper e Rachman,⁵ realizaram, a partir do início dos anos de 1970, uma série de experimentos em laboratório e nas situações reais em que “lavadores” e “checadores” eram compelidos a realizar seus rituais e que contrariavam radicalmente as concepções vigentes até então sobre o TOC.^{5,6}

Em um primeiro estudo, Hogdson e Rachman observaram 12 pacientes com obsessões de limpeza e rituais de lavagem. Verificaram

que eles apresentavam uma imediata e acen-tuada elevação da ansiedade quando eram convidados a tocar nos objetos que normalmente evitavam, a qual diminuía com a execu-ção de uma lavagem “satisfatória”.⁶ Em um ex-perimento semelhante, 12 pacientes “verifi-cadores” foram solicitados a se abster de reali-zar seus rituais (como se abster de verificar a conta do restaurante depois de pagar, ou dei-xar uma faca em uma posição perigosa) em si-tuações nas quais eram compelidos a realizá-los. Da mesma forma, os autores constataram um aumento da ansiedade, seguido de di-minuição após a execução dos rituais, embora o fenômeno não fosse tão intenso como nos “la-vadores”.⁵ Observaram, ainda, que o impulso de executar as compulsões decaía espontaneamente depois de um período entre 15 e 180 mi-nutos caso os pacientes se abstivessem de realizar os rituais ou permanecessem em con-tato com os objetos ou situações evitados.⁷⁻⁹

A RELAÇÃO FUNCIONAL ENTRE COMPULSÕES E OBSESSÕES

As observações citadas levaram seus autores a formular uma hipótese que modificava com-pletamente as concepções vigentes até então sobre os fenômenos obsessivo-compulsivos: a função dos rituais compulsivos era reduzir a ansiedade e o desconforto associados às ob-sessões. Esse alívio reforçava tais comporta-mentos (reforço negativo) e era o responsável pela sua perpetuação. Essa seria a razão de sua existência. Os mesmos autores obser-varam ainda que, nos verificadores, o aumento da ansiedade era bem maior quando o exer-cício era feito no ambiente natural e sem a pre-sença do observador e menor quando o obser-vador estava presente.^{6,8} Os resultados desses ex-perimentos abriram caminho para o trata-mento do TOC por meio de métodos relativa-mente simples, como a exposição *in vivo* e a prevenção de rituais (prevenção de resposta).

Possibilitaram, também, a proposição de um modelo comportamental para a origem e a manutenção do TOC.

O MODELO COMPORTAMENTAL DO TOC

O modelo comportamental para o TOC é uma adaptação do modelo proposto por Mowrer,¹⁰ em 1939, para explicar as origens do medo e dos comportamentos de esquiva nos transtor-nos de ansiedade e que se tornou conhecido como o “modelo dos dois fatores”, ou dois es-tágios.

Em um primeiro estágio (*condicionamen-to clássico*), objetos, lugares, pessoas, si-tuações que são neutros para a maioria das pes-soas, se tornam condicionados, isto é, adqui-reem a propriedade de provocar medo, ansieda-de ou nojo, em razão de sucessivos pareamen-tos com essas emoções desagradáveis. Tor-nam-se estímulos aversivos que provocam comportamentos evitativos. Por exemplo, me-dos de contaminação e ansiedade tornam-se as-sociados a banheiros, maçanetas, botões de ele-vador, dinheiro, e são estendidos a todos os estímulos semelhantes (generalização).

Em um segundo estágio (*condicionamen-to operante ou reforço negativo*), o indivíduo adota medidas para aliviar a ansiedade e o des-conforto, como as evitações ou os rituais com-pulsivos. O sucesso dessas medidas em pro-duzir alívio aumenta sua frequência e intensi-dade. Tais comportamentos tornam-se este-reotipados, repetitivos e frequentes, per-pe-tuando o TOC.¹¹⁻¹³

Em resumo, o comportamento compulsi-vo e as evitações persistem porque há sucesso em reduzir a ansiedade, e, dessa forma, o TOC se consolida. O modelo também prevê que, caso sejam suprimidos os mecanismos que per-petuam ou reforçam os sintomas OC, eles ten-derão a se extinguir, efeito constatado de forma consistente na prática com a terapia de EPR.

COMENTÁRIOS CRÍTICOS

O grande mérito do modelo é ter dado origem à terapia de EPR, que se tem revelado efetiva em eliminar os sintomas OC por meio da exposição e abstenção de executar rituais, fatores que, segundo a teoria, seriam os responsáveis pela manutenção do TOC. O alívio obtido com a execução dos rituais compulsivos e com os comportamentos evitativos é relatado no dia a dia da prática clínica pela grande maioria dos pacientes como a principal razão para executarem seus rituais.

O modelo não é consistente em sua explicação para a origem dos sintomas OC. Não oferece uma explicação plausível sobre a hipótese de um condicionamento clássico, o primeiro fator, na origem dos sintomas; não explica por que certos objetos, lugares ou situações que são neutros para a maioria das pessoas adquiriram a propriedade de provocar ansiedade (tornam-se aversivos) em certos indivíduos. Na verdade, essa lacuna será sanada, pelo menos em parte, com a proposição de que os pensamentos invasivos de natureza catastrófica ou negativos, ativados de forma repetida pelos diversos estímulos e situações, seriam os verdadeiros eventos aversivos responsáveis por provocar as referidas reações emocionais e os comportamentos de segurança (rituais, evitações, hipervigilância, neutralizações).¹⁴⁻¹⁵ O modelo cognitivo propõe, ainda, que as obsessões clínicas seriam originadas de pensamentos intrusivos involuntários normais, que, em razão dessas avaliações negativas, seriam transformados em obsessões, como será visto a seguir.

O modelo comportamental também não explica a natureza dimensional e a diversidade de sintomas do TOC em um mesmo indivíduo e por que eles costumam mudar com o passar do tempo. Seria complicado ocorrer pareamentos para uma gama tão ampla de manifestações patológicas. E como explicar que eles se modificam ao longo do tempo?

➤ O MODELO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL DO TOC

O modelo comportamental (ou da aprendizagem) do TOC prevaleceu até o início dos anos de 1990, e a terapia de EPR, como tratamento de primeira escolha. A terapia, entretanto, apresentava algumas limitações, na medida em que não explicava, por exemplo, por que certos pacientes não melhoravam e tinham grande dificuldade em aderir aos exercícios. Além disso, era de difícil aplicação quando o paciente apresentava predominantemente obsessões. A atenção dos clínicos e pesquisadores foi voltada para a observação de que os indivíduos com TOC, com muita frequência, apresentavam erros de avaliação e de interpretação que se manifestavam sob a forma de pensamentos intrusivos catastróficos ou negativos, que provavelmente seriam os verdadeiros responsáveis pelo medo, ansiedade ou desconforto que os atormentam. Essas observações originaram uma ampliação do modelo comportamental para incluir elementos cognitivos, tornando-se conhecido como o modelo cognitivo-comportamental do TOC.

AS PREMISSAS DO MODELO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL DO TOC

O modelo cognitivo-comportamental do TOC baseia-se em algumas premissas, que podem ser assim resumidas.^{11,13,16}

1 Pensamentos intrusivos indesejáveis fazem parte da atividade cognitiva normal e são ativados ao longo do dia pelos mais diversos estímulos e pelas mais variadas circunstâncias; são neutros para a maioria das pessoas e desaparecem espontaneamente.

2 Em indivíduos com TOC, tais pensamentos transformam-se em obsessões em razão

de avaliações e interpretações negativas a eles associadas.

- 3** Avaliações erradas expressas sob a forma de pensamentos catastróficos ou negativos são as responsáveis pelas alterações emocionais (medo, ansiedade, culpa) e por impelirem o indivíduo a adotar medidas para afastar ou eliminar a ameaça percebida por meio de rituais, evitações, neutralizações e hipervigilância.
- 4** O alívio obtido com a execução dos rituais e com os comportamentos evitativos reforça a necessidade de executá-los (reforço negativo), valida as crenças distorcidas subjacentes e perpetua os sintomas OC.
- 5** Crenças disfuncionais subjacentes aos sintomas (excesso de risco e responsabilidade, intolerância à incerteza, acreditar no poder do pensamento, perfeccionismo) representam o fator de risco para que certos indivíduos tenham obsessões e façam avaliações ou interpretações distorcidas dos pensamentos intrusivos.
- 6** A hipervigilância contribui para a manutenção e a saliência das obsessões.

AS ORIGENS DAS OBSESSÕES DE ACORDO COM O MODELO COGNITIVO

Mas o que originaria as obsessões? Por que pensamentos intrusivos normais se transformariam em obsessões? Por que motivo certos indivíduos, em determinado momento, passam a ser atormentados por pensamentos intrusivos cujo conteúdo ou cuja simples presença são interpretados como ameaça, enquanto para outras pessoas esses mesmos pensamentos não têm qualquer significado? Procurando responder a essas perguntas, Rachman e De Silva propuseram uma explicação para a origem das obsessões que teve grande impacto nos anos que se sucederam e que ficou conhecida como o modelo cognitivo das obsessões,

modelo da avaliação errada ou modelo do significado.^{13,17}

O MODELO COGNITIVO DAS AVALIAÇÕES ERRADAS, OU DO SIGNIFICADO NEGATIVO, DE RACHMAN E DE SILVA

De acordo com Rachman e De Silva,¹⁷ pensamentos, imagens ou impulsos intrusivos impropriados fazem parte da experiência humana normal e estão presentes na população em geral. As evidências para essa premissa advieram de uma pesquisa realizada com estudantes universitários, profissionais liberais e da área da saúde, entre outros. Esses autores constataram que pensamentos intrusivos de conteúdo considerado impróprio eram relatados por 79,8% dos indivíduos e eram muito semelhantes em conteúdo aos que eram relatados por pessoas com TOC. Praticar sexo violento, introduzir objetos no ânus ou na vagina, ferir ou atacar alguém de forma violenta, ferir ou ser violento com crianças, especialmente com bebês, empurrar alguém da plataforma para os trilhos do trem, empurrar alguém para fora da multidão, dizer grosserias ou coisas impróprias em público (coisas erradas no lugar errado) foram alguns dos pensamentos intrusivos relatados pelos entrevistados.¹⁷

A partir dessas observações, os autores formularam a hipótese de que as obsessões clínicas seriam originadas de pensamentos intrusivos normais em razão de avaliações e interpretações negativas ou catastróficas a eles associadas. Enquanto a maioria das pessoas simplesmente ignoraria tais pensamentos por reconhecer que eles não têm nenhuma importância, indivíduos com TOC atribuem a eles um significado altamente negativo ou catastrófico, como pessoalmente relevantes, imoralmente inaceitáveis ou imorais, ou contendo uma ameaça pela qual se sentem responsáveis: “Ter esses pensamentos significa que posso ser um homicida em potencial” ou “que eu tenho um

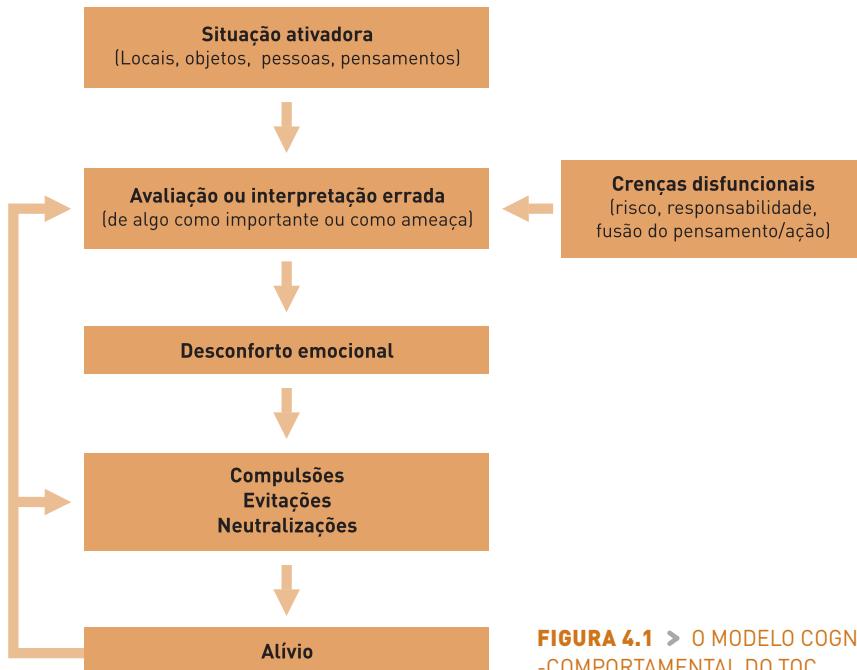


FIGURA 4.1 > O MODELO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL DO TOC.

desvio moral”, ou, ainda, “Como me passam pela cabeça esses pensamentos de abusar de minha filha, posso, um dia, praticá-los. Quem garante que não?”.^{16,17} Essas avaliações negativas provocariam ansiedade e medo, e o indivíduo avalia como sua a responsabilidade por fazer algo para se sentir seguro de que tais tragédias não venham acontecer.

Entre as estratégias adotadas, as mais comuns são lutar contra, procurar suprimir e afastar os pensamentos, evitar o contato com objetos, pessoas ou locais que provocam as intrusões, como se afastar das pessoas em razão de pensamentos indesejáveis de agredi-las, não chegar perto da filha para não molestá-la. No longo prazo, tais estratégias são ineficazes, provocam aumento do monitoramento dos pensamentos, da vigilância sobre os estímulos ou as situações que os provocam, dos rituais e das evitações e, consequentemente, da sua intensidade e frequência.^{12,14,16}

COMENTÁRIOS CRÍTICOS

O modelo da avaliação errada (ou do significado) proposto por Rachman e De Silva¹⁷ produziu forte impacto tanto no campo teórico como na pesquisa, ao atribuir um papel importante para as avaliações erradas ou catastróficas para a origem e a manutenção dos fenômenos obsessivos. O modelo foi ampliado com a melhor discriminação das crenças disfuncionais envolvidas, como o excesso de responsabilidade, o poder do pensamento, a fusão do pensamento e ação, etc. Tem-se revelado útil especialmente na compreensão e no tratamento de pacientes que apresentam obsessões proeminentes,¹⁸ com obsessões de conteúdo repugnante, nos quais as interpretações distorcidas exercem um papel fundamental, dificilmente abordáveis por técnicas de EPR, mas acessíveis a intervenções cognitivas.

O modelo apresenta, entretanto, algumas limitações. A premissa central de que o con-

teúdo dos pensamentos intrusivos é idêntico em indivíduos normais e em pessoas com TOC tem recebido apoio modesto da pesquisa e até tem sido questionado.¹⁹⁻²¹ Uma questão em aberto é explicar por que determinados indivíduos interpretam os pensamentos intrusivos de forma negativa ou catastrófica, enquanto outros não o fazem. Alguns autores sugerem que há formas etiológicamente distintas de TOC e que as crenças disfuncionais podem desempenhar um papel importante na mediação dos sintomas para algumas formas (p. ex., obsessões sobre a possibilidade de causar danos aos outros) e não ter qualquer papel em outras (p. ex., ordem/alinhamento).²²

O modelo é insuficiente para abranger a ampla gama de manifestações clínicas do TOC (dimensões): obsessões e/ou compulsões por contaminação/limpeza, dúvidas/verificações, pensamentos repugnantes, simetria/alinhamento, acumulação compulsiva e especialmente quando não estão presentes obsessões, mas apenas experiências do tipo *not just right*.

AMPLIAÇÕES DO MODELO DAS AVALIAÇÕES ERRADAS

Diversos autores ampliaram o modelo proposto inicialmente por Rachman e De Silva.¹⁷ Salakovskis destacou o papel do excesso de responsabilidade como um fator crucial para que pensamentos intrusivos normais se transformem em obsessões.^{23,24} O próprio Rachman e outros destacaram a chamada fusão do pensamento e da ação (FPA) (em inglês, *thought-action fusion*), segundo a qual pensar equivale moralmente a praticar,²⁵⁻²⁷ pensar pode influenciar a ocorrência de eventos, pensar pode provocar desgraças ou, ainda, fazer acontecer.²⁸ Outros autores focaram no papel das metacognições, avaliações que o indivíduo faz dos próprios pensamentos e dos processos de pensamento (p. ex., sobre a necessidade de vigiar os pensamentos e de controlá-los) como componentes

críticos para o surgimento e a manutenção dos sintomas.²⁹⁻³¹ Sobretudo, teve forte impacto tanto nas pesquisas como na prática clínica um modelo cognitivo mais geral que preconizou a existência de crenças disfuncionais de várias dimensões em indivíduos com TOC, as quais são fatores moduladores para a intensidade dos sintomas.

► O MODELO DAS CRENÇAS DISFUNCIONAIS NO TOC

No início dos anos de 1990, um grupo de especialistas, denominado Obsessive-Compulsive Cognitions Working Group (OCCWG),³² reuniu-se em quatro ocasiões, entre 1995 e 1996, para estabelecer, por consenso, quais seriam as crenças disfuncionais no TOC, bem como para oferecer uma definição operacional de cada uma delas. Esse grupo de trabalho propôs o que chamou de domínios de crenças que seriam comuns em indivíduos com TOC.³² Por ser mais amplo e mais geral, o modelo proposto apresentou maior flexibilidade para se adaptar à heterogeneidade do TOC. A proposta teve grande impacto nas pesquisas nos anos que se seguiram, na elaboração de instrumentos de pesquisa como o Obsessive Beliefs Questionnaire (OBQ) e outros mais específicos para cada um dos construtos teóricos.³³ Permitiu a formulação e teste de hipóteses do modelo das crenças disfuncionais e a elaboração de experimentos em populações clínicas e não clínicas, que possibilitaram o refinamento do modelo.

Em sua sistematização, o grupo propôs os seguintes domínios de crenças disfuncionais como característicos do TOC: avaliar de forma excessiva o risco, avaliar de forma excessiva a responsabilidade, valorizar de forma excessiva os pensamentos e a necessidade de controlá-los, apresentar intolerância à incerteza e perfeccionismo.³² Desde a proposição inicial, de

seis domínios, ficou a impressão de que havia sobreposição de conteúdos em alguns deles. Na verdade, há ainda controvérsia sobre o número de domínios. Uma reanálise recente propôs a redução de seis domínios para três:³³

- 1** responsabilidade e estimação de risco;
- 2** importância e controle dos pensamentos;
- 3** perfeccionismo e intolerância à incerteza.

Um estudo mais recente, no entanto, com uma amostra de 573 indivíduos com TOC não clínicos, propôs um modelo de oito fatores como a melhor solução fatorial: responsabilidade excessiva, importância excessiva dos pensamentos, fusão de probabilidade do pensamento-ação, fusão de moralidade do pensamento-ação, importância do controle do pensamento, superestimação da ameaça, intolerância à incerteza e perfeccionismo.³⁴ A seguir, será feita uma breve descrição das definições operacionais dos diferentes domínios de crenças disfuncionais, com exemplos práticos.

RESPONSABILIDADE EXCESSIVA

De acordo com Salkovskis,^{23,24} avaliações disfuncionais envolvendo responsabilidade seriam cruciais para a origem e a persistência dos fenômenos obsessivos. Elas ativariam respostas emocionais de ansiedade, medo, culpa que impeliriam o indivíduo a realizar atos compulsivos ou rituais e neutralizações como forma de reduzir a ameaça para si e para os outros. Esses atos contribuiriam para a manutenção do transtorno, na medida em que sua execução diminui o nível de responsabilidade percebida e, dessa forma, seriam reforçados.³⁵⁻³⁷

EXCESSO DE RESPONSABILIDADE

É a crença do indivíduo de ter um poder que é decisivo para provocar ou impedir que aconteçam desfechos negativos considerados críticos

de serem prevenidos. Os desfechos podem ser tanto reais, isto é, tendo consequências no mundo real, como resultantes de uma falha moral.^{12,16,24,32,35,38} A distorção cognitiva mais típica é acreditar que qualquer influência que se possa ter sobre um desfecho equivale a ter responsabilidade total por ele, e que é tão grave cometer um ato quanto se omitir, especialmente quando um evento desastroso pode ser previsto, mesmo que impedi-lo esteja fora do alcance do indivíduo. Crença típica derivada do excesso de responsabilidade: “Não agir para evitar um evento que cause dano é tão condenável quanto cometê-lo”, ou que falhar em preveni-lo equivale moralmente a causar deliberadamente o dano; por exemplo: “Não remover uma pedra na calçada na qual uma pessoa idosa pode tropeçar é tão condenável quanto colocar uma pedra deliberadamente para que se machuque”. O senso comum de responsabilidade considera mais grave cometer do que se omitir.³⁸

A hipótese de relação entre senso excessivo de responsabilidade e os sintomas OC tem sido apoiada de forma consistente em pesquisas envolvendo tanto amostras clínicas como não clínicas e em experimentos de manipulação experimental de responsabilidade.³⁹⁻⁴² Crenças direta ou indiretamente relacionadas a responsabilidade são mais prevalentes em pacientes obsessivos do que em controles.⁴³

O excesso de responsabilidade correlaciona-se a vários sintomas do TOC, em especial às compulsões de verificação,^{37,44} às compulsões de limpeza e às repetições relacionadas à necessidade de evitar possíveis falhas, ao perfeccionismo e às checagens.^{45,46} Correlaciona-se, ainda, a outras crenças disfuncionais, como avaliação excessiva do risco (contrair doenças ou cometer falhas), intolerância à incerteza (dúvidas e repetições para não cometer falhas),⁴⁷ (acreditar no poder do pensamento e na necessidade de controlá-lo), pensamento mágico (executar rituais de caráter su-

persticioso para prevenir desgraças pelas quais a pessoa se sente responsável). No caso das obsessões de conteúdo violento ou sexual, a avaliação excessiva da responsabilidade manifesta-se na necessidade de prevenir as consequências imaginárias que poderiam ocorrer e pelas quais o indivíduo se sente moralmente responsável (cometer um ato violento ou sexual, repugnante, tornar-se homossexual). A forma de prevenir é vigiar os pensamentos, tentar suprimi-los para não praticá-los, procurar afastar-se de objetos, pessoas ou lugares que provocam as obsessões (p. ex., não chegar perto dos filhos ou de pessoas queridas).

Por todas as razões apontadas, não há dúvidas de que o excesso de responsabilidade desempenha um papel importante no TOC. Questiona-se se essa crença disfuncional é de fato crucial para todos os subtipos de sintomas do TOC, como pretendia Salkovskis, se for levada em conta a diversidade das apresentações clínicas do transtorno.¹³

O excesso de responsabilidade não é uma exclusividade do TOC; foi constatado em outros transtornos, como em pacientes com transtorno de ansiedade generalizada (TAG).⁴⁴

AVALIAR O RISCO DE FORMA EXAGERADA

É a tendência a superestimar a probabilidade de que um evento catastrófico venha a acontecer e/ou o grau do seu impacto. Um evento altamente improvável, embora de grande impacto, algumas vezes causa mais aflição do que outro bem mais provável, mas de impacto menor. Pode estar presente, ainda, um senso excessivo de vulnerabilidade pessoal tanto em relação a ameaças ou perigos internos (sentimentos) como externos (doença, acidente). Também ocorrem crenças distorcidas sobre a capacidade de lidar com as ameaças, baixa tolerância à ambiguidade e à incerteza e baixa tolerância à ansiedade e ao desconforto.³² Os

riscos ou ameaças podem se referir a um futuro distante (ir para o inferno em virtude de pensamentos obscenos ou ter câncer no futuro em razão do contato com contaminantes). Desconfirmar a crença, nesses casos, é difícil ou impossível.

Exagerar o risco é uma dimensão que em geral se sobrepõe ao excesso de responsabilidade. Uma análise factorial recente concluiu pela dificuldade em separar essas duas dimensões e propôs que sejam consideradas um único fator.³³

Existe unanimidade entre os diferentes autores em considerar a avaliação excessiva do risco como uma crença disfuncional típica do TOC.^{23,24,37} Ela é muito comum em pacientes com obsessões de contaminação e compulsões de lavagens,⁴⁵ em checagens e repetições de pacientes perfeccionistas (risco de ocorrem falhas), em pacientes com pensamentos inaceitáveis (risco moral de cometer um pensamento de conteúdo violento ou de se tornar homossexual no futuro).

INTOLERÂNCIA À INCERTEZA

É a dificuldade de tolerar a possibilidade de que eventos negativos possam ocorrer no futuro, independentemente de quão pequena seja a probabilidade. Três tipos de crenças caracterizam esse domínio:³²

- 1 crenças sobre a necessidade de se ter certeza;
- 2 crenças de que se tem pouca capacidade de lidar com mudanças imprevisíveis;
- 3 crenças sobre a dificuldade de funcionar de maneira adequada em situações de inerente ambiguidade: “Se não estiver absolutamente seguro de algo, é inevitável que eu cometa erros”.

A intolerância à incerteza está associada a diversas manifestações do TOC, em especial

a dúvidas e verificações, ruminações obsessivas, indecisão e protelações, checagens mentais, repetições de perguntas e obsessões e compulsões por alinhamento/simetria.⁴⁵ Está relacionada também a outras crenças disfuncionais, como responsabilidade excessiva e perfeccionismo, visto que os indivíduos com TOC acreditam que, tendo certeza, não cometem falhas. Uma das suas manifestações mais típicas é a hipervigilância.

A intolerância à incerteza não é exclusiva do TOC. Está fortemente relacionada ao medo patológico, aos sintomas do TAG⁴⁸ e aos outros transtornos de ansiedade; está presente em transtornos de personalidade, como no transtorno de personalidade obsessivo-compulsiva (TPOC) (controle), no transtorno de personalidade dependente (dificuldade de tomar decisões sem aconselhamento e apoio).

AVALIAR DE FORMA EXAGERADA A IMPORTÂNCIA E O PODER DOS PENSAMENTOS E A NECESSIDADE DE CONTROLÁ-LOS

É a crença de que a mera presença de um pensamento indica que ele é importante: “eu penso a respeito de um pensamento porque ele é importante, e é importante porque eu penso sobre ele”, “esses pensamentos indicam minha real natureza” ou “ter pensamentos de conteúdo violento indica que eu posso vir a cometê-los”.³² Implícita nessas crenças está a de que cada um é responsável por seus pensamentos (e suas consequências).

Acreditar na importância e no poder do pensamento implica diversas outras crenças associadas:

- 1 é importante estar vigilante e monitorar os eventos mentais;
- 2 devem-se controlar (ou vigiar) os pensamentos para reduzir a possibilidade de danos e, consequentemente, a angústia;

- 3 o indivíduo é responsável por um eventual dano que ocorra em razão dos seus pensamentos;
- 4 o indivíduo é responsável moralmente por não controlar os pensamentos;
- 5 é possível se ter sucesso, especialmente no longo prazo, em controlar por completo os pensamentos para reduzir a possibilidade de desastres ou danos e diminuir a angústia.^{14,32} No domínio acreditar no poder do pensamento incluem-se a FPA e o pensamento mágico.

FUSÃO DO PENSAMENTO E DA AÇÃO

A fusão do pensamento e da ação (FPA) é a crença de que ter certos pensamentos implica aumento da probabilidade de que ocorram eventos catastróficos ou imoralidade do próprio caráter da pessoa. Refere-se, portanto, à tendência a assumir de forma incorreta uma relação causal entre os próprios pensamentos e a realidade externa.^{25,27,49}

São descritas duas modalidades de FPA:

- 1 *FPA de probabilidade*: acreditar que ter um pensamento negativo sobre um determinado evento aumenta a probabilidade de que ele ocorra ou que pensar positivo diminui essa possibilidade. Por exemplo: pensar que o avião em que o pai está viajando poderá cair e acreditar que esse pensamento aumenta a probabilidade de que ocorra o desastre;
- 2 *FPA moral*: acreditar que ter um pensamento inaceitável equivale moralmente a praticá-lo ou que pensar equivale a agir, desejar ou cometer.^{25,38,50}

A FPA está associada a pensamentos obsessivos, em especial pensamentos inaceitáveis,⁴⁵ mas não é específica do TOC. É prevalente em outros transtornos de ansiedade; está moderadamente associada a sintomas de-

pressivos e a transtornos da alimentação.^{26,49} O conceito é de grande utilidade no tratamento de pacientes com pensamentos indesejáveis de conteúdo violento, sexual ou blasfemo, como já foi mencionado.

O PENSAMENTO MÁGICO E AS LEIS DO CONTATO E DA SEMELHANÇA

Indivíduos com TOC preocupam-se com eventos não só improváveis como também implausíveis. O evento é implausível porque não existe nenhuma conexão possível entre o desfecho temido e a suposta causa, por exemplo, um pensamento. Conexões desse tipo, nas quais pensamentos e eventos externos são ligados de uma forma que não pode ser explicada por leis naturais ou da física ou por explicações culturalmente aceitáveis são conhecidas como pensamento mágico, que se baseia nas ideias primitivas de causa/consequência em razão do contato e da semelhança que regem a magia simpática.

De acordo com a lei do contato, certas propriedades maléficas ou benéficas são transmitidas pelo simples contato. No caso do TOC, pessoas, objetos, roupas, móveis, etc., que em algum momento entraram em contato com uma pessoa ou um objeto, adquirem as propriedades dessa pessoa ou objeto, as quais se mantêm mesmo depois de separadas. Uma roupa que tocou em uma determinada pessoa “maligna” pode permanecer “contaminada” por anos a fio. O contato pode ser apenas visual (ver certa pessoa na televisão), por telefone (falar com alguém que está telefonando de um hospital ou cemitério) ou somente por proximidade física. A lei do contato vale não só para germes e substâncias contaminantes, mas também para características negativas ou “malignas” mais subjetivas e abstratas e para a sensação de nojo. Ou seja, uma vez em contato, sempre em contato.

De acordo com a lei da semelhança, coisas perceptualmente semelhantes produzem efei-

tos semelhantes: o vermelho, por exemplo, lembra sangue, e usar uma roupa vermelha pode fazer uma pessoa da família acidentar-se; pronunciar a palavra “câncer” pode atrair doenças; pessoas com alguma semelhança com indivíduos “malignos” podem assumir as mesmas propriedades e passar a transmiti-las. As semelhanças podem ser decorrentes de características físicas (ter a mesma cor do cabelo ou dos olhos) ou ser originárias da mesma cidade. Nesse caso, nenhum contato físico é necessário.

No pensamento mágico, o indivíduo não distingue causalidade de correlação e acredita que é possível exercer um efeito a distância ou agir no futuro e que os pensamentos intrusivos podem predizer ou pressagiar alguma catástrofe que pode ser prevenida por meio de rituais ou manobras de neutralização, como pronunciar uma palavra, tocar em um determinado objeto ou repetir um determinado ato, em uma certa sequência ou horário.⁵¹

CREENÇAS SOBRE A IMPORTÂNCIA DE CONTROLAR OS PRÓPRIOS PENSAMENTOS

Se a pessoa acredita que maus pensamentos levam inevitavelmente a más ações, conclui que é importante controlá-los. Como consequência também ocorrem interpretações negativas quando o indivíduo falha nesse controle. Controlar significa ser capaz de afastar completamente os pensamentos indesejáveis, sempre que eles aparecem. Os pacientes acreditam que tal controle não só é possível como desejável, que não controlar os pensamentos pode ter consequências morais (fusão do pensamento e ação de moralidade) e comportamentais (pode vir a praticá-los) e que conseguir controlá-los significa ser uma pessoa (moralmente) melhor. Entretanto, a psicologia moderna demonstrou que vigiar os pensamentos e/ou tentar afastá-los provoca o efeito para-

dodoxal de aumentar sua frequência e intensidade – o chamado “Efeito Urso Branco”, descrito mais adiante.

PERFECCIONISMO

Designa a tendência a acreditar que exista uma solução perfeita para cada problema e que fazer algo de forma impecável não apenas é possível, mas necessário, e mesmo pequenos erros podem ter consequências sérias. É a tendência a se comportar de acordo com um padrão muito elevado de exigências e de intolerância a falhas.^{32,40}

O perfeccionismo está associado a compulsões por limpeza, alinhamento/simetria, verificações, repetições, postergações decorrentes da necessidade de fazer as coisas de forma perfeita, completa ou sem falhas.⁴⁵ Um estudo recente apoia uma relação do perfeccionismo com checagens e com obsessões *not just right*.⁵²

As crenças disfuncionais descritas, entre elas o perfeccionismo, não são específicas do TOC. Elas estão presentes em outros transtornos de ansiedade, exceto a necessidade de

EXEMPLOS DE CRENÇAS DISFUNCIONAIS RELACIONADAS AO PERFECCIONISMO

- “se meu trabalho tem alguma falha, perde totalmente seu valor”;
- “uma falha sempre representa um fracasso ou um desastre”;
- “a falha sempre é imperdoável, mesmo se involuntária ou não intencional”;
- “é possível, então devo ser perfeito”;
- “falhar em parte é tão ruim quanto falhar por completo”.

controlar os pensamentos.⁵³ O perfeccionismo pode fazer parte da psicopatologia de vários transtornos da personalidade: TPOC, TAG, distímia, fobia social, transtorno de pânico, entre outros. É um dos critérios diagnósticos para TPOC (DSM-5).⁵⁴

COMENTÁRIOS CRÍTICOS SOBRE O MODELO DAS CRENÇAS DISFUNCIONAIS

O modelo cognitivo das crenças disfuncionais contempla a heterogeneidade das obsessões e compulsões do TOC. Apoia, ainda, a existência de crenças específicas para cada indivíduo que o tornariam vulnerável a alguns temas, mas não a outros. Por exemplo, uma pessoa religiosa pode se tornar muito perturbada com a presença de obsessões de conteúdo religioso ou blasfemo. Esse tipo de contexto pessoal, entretanto, não conferiria riscos para obsessões de simetria ou alinhamento.

O modelo não explica por que nem todos os indivíduos com TOC apresentam altos escores de crenças disfuncionais. Com exceção daqueles com obsessões de conteúdo agressivo, que, em geral apresentam escores elevados, outros indivíduos podem exibir escores baixos, independentemente do tipo de sintomas.²² Em alguns tipos de sintomas, as crenças disfuncionais podem não estar presentes ou não ser identificadas.

O modelo não oferece uma explicação para o que torna um indivíduo vulnerável a um ou mais tipos de crenças disfuncionais. Também não está confirmado o quanto a existência de crenças disfuncionais é um fator preditivo para o desenvolvimento de TOC e mais ainda: de um tipo específico de sintomas. Essa questão se insere em aberto: o quanto fatores biológicos como a genética, o temperamento, traços do caráter adquiridos pela interação com o ambiente, aprendizagens e crenças disfun-

cionais resultantes da convivência familiar, da educação, tornariam um indivíduo mais vulnerável ou mais resiliente para o desenvolvimento do TOC.

► O MODELO METACOGNITIVO DO TOC

O modelo metacognitivo ampliou um aspecto do modelo cognitivo ao propor como uma questão central no TOC as metacognições – avaliações e interpretações que o indivíduo faz dos próprios pensamentos intrusivos (pensamentos sobre os pensamentos) atribuindo a elas um papel relevante e único no TOC.^{14,15,29-41,55}

O termo “metacognição” refere-se ao processo de pensar sobre o “pensamento” e de pensar sobre a habilidade de controlá-lo. Faz referência a estruturas psicológicas, conhecimentos e processos envolvidos no controle, na modificação e na interpretação do próprio pensamento.⁵⁵ Envolve, portanto, afirmativas sobre a ocorrência em si, sobre o conteúdo dos pensamentos e imagens intrusivas, sobre o que significam e sobre as possíveis consequências de tê-los.

As metacognições são decorrentes de um processo muitas vezes automático de avaliação no qual os pensamentos acabam sendo rotulados de “involuntários”, “importantes” ou “perigosos”: “Ter pensamentos significa que eu estou fora de controle” ou “significa que eu posso vir a praticá-los”. Elas envolvem crenças disfuncionais denominadas de fusão do pensamento e da ação (crença de que pensar equivale a praticar ou ao risco de praticar), crenças sobre a necessidade de executar um ritual compulsivo e critérios sobre quando se deve interromper os rituais compulsivos. Por exemplo, o pensamento de ferir uma criança pode se tornar ameaçador se a pessoa avalia que ter esses pensamentos indica que eles podem vir a acontecer. Crenças sobre rituais referem-

-se a pressupostos sobre a necessidade de executar um ritual: “Se eu mantiver as facas guardadas em uma gaveta, não vou ferir meus filhos”. Reportam-se, ainda, a um critério interno subjetivo ou a um sinal de quando devem ser interrompidos, como: “ter feito de forma correta”, “ter uma memória completa do ato” ou “devo limpar até sentir que está completamente limpo”. As metacognições influenciariam tanto a origem como a manutenção dos fenômenos OC.^{14,15}

O modelo metacognitivo teve o mérito de destacar os fatores metacognitivos para os problemas obsessivos; ampliou a compreensão do TOC e apontou novos rumos para o tratamento. A terapia baseada no modelo reduziu os sintomas OC em uma série de casos de um ensaio clínico aberto e ainda parece ser efetiva em crianças e adolescentes com TOC.⁵⁶

O modelo pode ser de grande ajuda em particular no tratamento de pacientes que apresentam obsessões de conteúdo repugnante, em que o efeito patogênico das interpretações erradas dos pensamentos intrusivos é notável. Como os demais modelos, é insuficiente para abranger a amplitude das manifestações do TOC.

► O EFEITO URSO BRANCO

Tentar suprimir um pensamento ou imagem produz um efeito paradoxal de aumentar ainda mais sua frequência e intensidade. Essa observação deu origem à teoria da supressão do pensamento, proposta pelo dr. Daniel Wegner em seu livro *White Bears and Other Unwanted Thoughts*.⁵⁷ O nome foi criado a partir de uma história relatada pelo escritor russo Liev Tolstói, que, quando jovem, fora desafiado por seu irmão mais velho a permanecer em uma esquina até que conseguisse parar de pensar em ursos brancos. Relatou que, quanto mais se esforçava para parar de pensar em ursos brancos,

mais intensos tais pensamentos intrusivos se tornavam. Wegner propôs que tentar suprimir um pensamento provoca o efeito paradoxal de fazê-lo retornar com maior intensidade e frequência.⁵⁷

As estratégias utilizadas para tentar suprimir pensamentos indesejáveis são: o monitoramento; a distração (envolver-se em atividades ou pensamentos agradáveis); a focalização em outros medos ou preocupações; o controle social (falar para outras pessoas sobre os pensamentos); punições (ficar com raiva de si mesmo, punir-se); e a reavaliação da validade dos pensamentos.⁵⁸

Em pacientes com TOC, o fracasso em suprimir pensamentos indesejáveis é acompanhado de uma avaliação negativa, que é interpretada como perda de controle mental ou como a pessoa estar enlouquecendo, podendo provocar emoções e cognições negativas como culpa e raiva de si mesmo. Um estudo verificou que a autopunição foi a estratégia mais utilizada para suprimir pensamentos indesejáveis.⁵⁸ O fracasso na supressão tem como consequência o aumento da vigilância e a confirmação de que os pensamentos intrusivos são de fato importantes e requerem controle. Mantém as crenças relacionadas à ameaça que os pensa-

mentos representam, sobre a responsabilidade por suprimi-los e interferem na habituação natural.^{59,60}

Os resultados das pesquisas são ainda inconsistentes em relação à teoria do efeito paradoxal da supressão de pensamentos indesejáveis e quanto à efetividade das técnicas usadas para suprimi-los, em grande parte porque foram realizadas com amostras não clínicas. Pesquisas com participantes não clínicos comprovaram que tentar suprimir pensamentos em certas circunstâncias paradoxalmente aumenta a frequência desses pensamentos.^{61,62}

Tentar suprimir os pensamentos intrusivos inaceitáveis tem um efeito paradoxal de aumentar sua frequência, tanto em pacientes clínicos como em indivíduos que não apresentam transtornos.⁶¹ O efeito de reforçar é pequeno ou moderado.⁶³ Indivíduos com TOC tendem a dar mais importância e a suprimir seus pensamentos do que indivíduos com depressão.⁶⁴ Como corolário da teoria da supressão dos pensamentos, no início da terapia é comum orientar o paciente para que não lute contra os pensamentos repugnantes, não tente afastá-los ou suprimi-los, como forma de favorecer a exposição, a habituação e seu desaparecimento.

R E S U M O E D E S T A Q U E S

- Freud propôs que os sintomas OC eram originários de conflitos inconscientes situados na fase anal/sádica do desenvolvimento psicossexual. Entretanto, o insucesso das terapias baseadas no modelo, a não confirmação da existência de conflitos inconscientes causadores dos sintomas OC, a evidência da participação de fatores biológicos, comportamentais e cognitivos no surgimento e na manutenção do transtorno fizeram o modelo ser abandonado.

TOCTOC

- O modelo comportamental considera os sintomas OC resultantes de aprendizagens disfuncionais. Estímulos neutros, como pensamentos intrusivos, locais, objetos, pessoas e emoções negativas, se tornam associados a medos por meio do condicionamento clássico e se generalizam. Os sintomas mantêm-se em razão do alívio obtido com a realização das compulsões, evitações e neutralizações (condicionamento operante).
 - O modelo cognitivo propõe que as obsessões se originam de pensamentos intrusivos normais em razão de serem avaliados e interpretados de forma negativa ou catastrófica. A interpretação negativa seria a responsável pelo medo e pela ansiedade e por impelir o indivíduo a adotar medidas para afastar a ameaça: vigiar, tentar afastar ou suprimir os pensamentos, executar rituais e evitar objetos, situações ou pessoas que os ativam.
 - Crenças disfuncionais tornariam os indivíduos propensos a avaliar de forma negativa pensamentos intrusivos normais, transformando-os em obsessões. As mais comuns são: avaliar de forma excessiva o risco e a responsabilidade; valorizar de forma excessiva os pensamentos e a necessidade de controlá-los; e apresentar intolerância à incerteza e perfeccionismo.
 - O modelo cognitivo-comportamental integra o papel das avaliações e interpretações disfuncionais do modelo cognitivo para a origem dos pensamentos obsessivos e o papel de reforço dos rituais compulsivos e das evitações para a perpetuação dos sintomas OC.
 - Tentar suprimir os pensamentos intrusivos produz o efeito paradoxal de aumentar sua frequência e intensidade (Efeito Urso Branco).
 - O modelo metacognitivo atribui um papel central no TOC às avaliações negativas ou erradas dos próprios pensamentos intrusivos (metacognições).

> REFERÊNCIAS

1. Freud S. *O homem dos ratos*. Rio de Janeiro: Imago; 1909. p. 159.

2. Gabbard GO. *Psiquiatria psicodinâmica na prática clínica*. 4. ed. Porto Alegre: Artmed; 2006.

3. Solomon RL, Kamin LJ, Wynne LC. Traumatic avoidance learning: the outcomes of several extinction procedures with dogs. *J Abnorm Soc Psychol*. 1953;48:291-302.

5. Röper G, Rachman SJ, Hogdson R. An experiment on obsessional checking. *Behav Res Ther*. 1973;11:271-7.

6. Hogdson R, Rachman SJ. The effects of contamination and washing in obsessional patients. *Behav Res Ther*. 1972;10:111-7.

7. Röper G, Rachman SJ. Obsessional-compulsive checking: experimental replication and development. *Behav Res Ther*. 1976;14(1):25-32.

8. Rachman SJ, De Silva P, Roper G. The spontaneous decay of compulsive urges. *Behav Res Ther.* 1976;14:445-53.
9. Likierman H, Rachman SJ. Spontaneous decay of compulsive urges: cumulative effects. *Behav Res Ther.* 1980;18:387-94.
10. Mowrer OH. A stimulus-response theory of anxiety. *Psychol Rev.* 1939;46:553-66.
11. Salkovskis PM, Forrester E, Richards C. Cognitive-behavioural approach to understanding obsessional thinking. *Brit J Psychiatry.* 1998;173(Suppl 35):53-63.
12. Salkovskis PM. Understanding and treating obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther.* 1999;37:S29-S52.
13. Clark D. Cognitive-behavioral therapy for OCD. New York: Guilford; 2007.
14. Clark DA, Purdon C. New perspective for a cognitive theory of obsessions. *Australian Psychologist.* 1993;28:161-7.
15. Purdon C, Clark DA. Metacognition and obsessions. *Clin Psychol Psychother.* 1999;6:102-10.
16. Rachman S. A cognitive theory of obsessions. *Behav Res Ther.* 1997;35(9):793-802.
17. Rachman SJ, De Silva P. Abnormal and normal obsessions. *Behav Res Ther.* 1978;16:233-48.
18. Whittal ML, Woody SR, McLean PD, Rachman SJ, Robichaud M. Treatment of obsessions: a randomized controlled trial. *Behav Res Ther.* 2010;48(4):295-303.
19. Julien D, O'Connor KP, Aardema F. Intrusive thoughts, obsessions, and appraisals in obsessive-compulsive disorder: a critical review. *Clin Psychol Rev.* 2007;27(3):366-83.
20. Rassin E, Cougle JR, Muris P. Content difference between normal and abnormal obsessions. *Behav Res Ther.* 2007;45(11):2800-3.
21. Corcoran KM, Woody SR. Appraisals of obsessional thoughts in normal samples. *Behav Res Ther.* 2008;46:71-83.
22. Taylor S, Abramowitz JS, McKay D, Calamari JE, Sookman D, Kyrios M, et al. Do dysfunctional beliefs play a role in all types of obsessive-compulsive disorder? *J Anxiety Disord.* 2006;20(1):85-97.
23. Salkovskis PM. Obsessional-compulsive problems: a cognitive-behavioural analysis. *Behav Res Ther.* 1985;23(5):571-83.
24. Salkovskis PM. Cognitive-behavioural factors and the persistence of intrusive thoughts in obsessional problems. *Behav Res Ther.* 1989;27(6):677-82.
25. Rachman S. Obsessions, responsibility and guilt. *Behav Res Ther.* 1993;31(2):149-54.
26. Rassin E, Merckelbach H, Muris P, Spaan V. Thought action-fusion as a causal factor in the development of intrusion. *Behav Res Ther.* 1999;37:231-7.
27. Shafran R, Rachman S. Thought-action fusion: a review. *J Behav Ther Exp Psychiatry.* 2004;35(2):87-107.
28. Purdon C. Cognitive-behavioral treatment of repugnant obsessions. *J Clin Psychol.* 2004;60(11):1169-80.
29. Clark DA, Purdon CL. The assessment of unwanted intrusive thoughts: a review and critique of the literature. *Behav Res Ther.* 1995;33:967-76.
30. Myers SG, Wells A. Obsessive-compulsive symptoms: the contribution of metacognitions and responsibility. *J Anxiety Disord.* 2005;19(7):806-17.
31. Wells A. Metacognitive therapy for anxiety and depression. New York: Guilford; 2009.
32. Obsessive Compulsive Cognitions Working Group (OCCWG). Cognitive assessment of obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther.* 1997;35:667-81.
33. Obsessive Compulsive Cognitions Working Group (OCCWG). Psychometric validation of the obsessive belief questionnaire and the interpretation of intrusions inventory: part 2. Factor analyses and testing of a brief version. *Behav Res Ther.* 2005;43:1527-42.
34. Bellocchio A, Morillo C, Luciano JV, García-Soriano G, Cabedo E, Carrión C. Dysfunctional belief domains related to obsessive-compulsive disorder: a further examination of their dimensionality and specificity. *Span J Psychol.* 2010;13(1):376-88.
35. Rhéaume J, Freeston MH, Dugas MJ, Letarte H, Ladouceur R. Perfectionism, responsibility and obsessive-compulsive symptoms. *Behav Res Ther.* 1995;33(7):785-94.
36. Salkovskis, P, Shafran R, Rachman S, Freeston MH. Multiple pathways to inflated responsibility beliefs in obsessional problems: possible origins and implications for therapy. *Behav Res Ther.* 1999;37:1055-72.
37. Rachman S. A cognitive theory of compulsive checking. *Behav Res Ther.* 2002;40(6):625-39.
38. Franklin SA, McNally RJ, Riemann BC. Moral reasoning in obsessive-compulsive disorder. *J Anxiety Disord.* 2009;23(5):575-7.
39. Lopatka C, Rachman S. Perceived responsibility and compulsive checking: an experimental analysis. *Behav Res Ther.* 1995;33(6):673-84.
40. Rhéaume J, Ladouceur R, Freeston MH, Letarte H. Inflated responsibility in obsessive compulsive disorder: validation of an operational definition. *Behav Res Ther.* 1995;33(2):159-69.
41. Ladouceur R, Rhéaume J, Freeston MH, Aublet F, Jean K, Lachance S, et al. Experimental manipulations of responsibility: an analogue test for models of obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther.* 1995;33(8):937-46.
42. Arntz A, Voncken M, Goosen AC. Responsibility and obsessive-compulsive disorder: an experimental test. *Behav Res Ther.* 2007;45(3):425-35.

43. Salkovskis PM, Wroe AL, Gledhill A, Morrison N, Forrester E, Richards C, et al. Responsibility attitudes and interpretations are characteristic of obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther.* 2000;38(4):347-72.
44. Foa EB, Amir N, Bogert KV, Molnar C, Przeworski A. Inflated perception of responsibility for harm in obsessive-compulsive disorder. *J Anxiety Disord.* 2001;15(4):259-75.
45. Wheaton MG, Abramowitz JS, Berman NC, Riemann BC, Hale LR. The relationship between obsessive beliefs and symptom dimensions in obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther.* 2010;48(10):949-54.
46. Yorulmaz O, Karancı AN, Tekok-Kılıç A. What are the roles of perfectionism and responsibility in checking and a cleaning compulsions? *J Anxiety Disord.* 2006;20(3):312-27.
47. Julien D, O'Connor KP, Aardema F, Todorov C. The specificity of belief domains in obsessive-compulsive disorder. *Pers Indiv Differ.* 2006;41:1205-16.
48. Holaway RM, Heimberg RG, Coles ME. A comparison of intolerance of uncertainty in analogue obsessive-compulsive disorder and generalized anxiety disorder. *J Anxiety Disord.* 2006;20(2):158-74.
49. Berle D, Starcevic V. Thought-action fusion: review of the literature and future directions. *Clin Psychol Rev.* 2005;25(3):263-84.
50. Amir N, Freshman M, Ramsey B, Neary E, Brigidi B. Thoughtaction fusion in individuals with OCD symptoms. *Behav Res Ther.* 2001;39:765-76.
51. Bocci L, Gordon PK. Does magical thinking produce neutralizing behaviour? An experimental investigation. *Behav Res Ther.* 2007;45(8):1823-33.
52. Moretz MW, McKay D. The role of perfectionism in obsessive-compulsive symptoms: "not just right" experiences and checking compulsions. *J Anxiety Disord.* 2009;23(5):640-4.
53. Tolin DF, Worhunsky P, Maltby N. Are "obsessive" beliefs specific to OCD? A comparison across anxiety disorders. *Behav Res Ther.* 2006;44(4):469-80.
54. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-IV-TR. 4. ed. Porto Alegre: Artmed; 2002.
55. Wells A, Cartwright-Hatton S. A short form of the metacognitions questionnaire: properties of the MCQ-30. *Behav Res Ther.* 2004;42(4):385-96.
56. Rees CS, van Koesveld KE. An open trial of group metacognitive therapy for obsessive-compulsive disorder. *J Behav Ther Exp Psychiatry.* 2008;39(4):451-8.
57. Wegner DM. White bears and other unwanted thoughts: suppression. New York: Guilford; 1994.
58. Rassin E, Diepstraten P. How to suppress obsessive thoughts. *Behav Res Ther.* 2003;41(1):97-103.
59. Najmi S, Riemann BC, Wegner DM. Managing unwanted intrusive thoughts in obsessive-compulsive disorder: relative effectiveness of suppression, focused distraction, and acceptance. *Behav Res Ther.* 2009;47(6):494-503.
60. Najmi S, Reese H, Wilhelm S, Fama J, Beck C, Wegner DM. Learning the futility of the thought suppression enterprise in normal experience and in obsessive compulsive disorder. *Behav Cogn Psychother.* 2010;38(1):1-14.
61. Salkovskis PM, Campbell P. Thought suppression induces intrusion in naturally occurring negative intrusive thoughts. *Behav Res Ther.* 1994;32(1):1-8.
62. Marcks BA, Woods DW. Role of thought-related beliefs and coping strategies in the escalation of intrusive thoughts: an analog to obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther.* 2007;45(11):2640-51.
63. Abramowitz JS, Tolin DF, Street GP. Paradoxical effects of thought suppression: a meta-analysis of controlled studies. *Clin Psychol Rev.* 2001;21(5):683-703.
64. Wegner DM, Zanakos S. Chronic thought suppression. *J Pers.* 1994;62(4):616-40.

P A R T E

2

A terapia cognitivo-
-comportamental
do TOC

5

ARISTIDES VOLPATO CORDIOLI

A terapia de exposição e prevenção de resposta: histórico, fundamentos e técnicas

OBJETIVOS

- Conhecer os antecedentes e fundamentos da terapia de exposição e prevenção de resposta (EPR).
- Entender as teorias sobre a mudança terapêutica: habituação, extinção, processamento emocional e aprendizagem social.
- Compreender as técnicas comportamentais mais utilizadas.
- Conhecer as evidências de eficácia no tratamento dos sintomas obsessivo-compulsivos (OC).

A terapia de exposição e prevenção de resposta foi a primeira abordagem psicológica com efetividade comprovada no tratamento dos sintomas do TOC. Foi introduzida nos anos de 1960, em razão da insatisfação com os resultados da psicanálise e da psicoterapia de orientação psicanalítica, que, além de não serem eficazes na eliminação dos sintomas OC, eram tratamentos muito demorados. Contrariando a teoria psicodinâmica, que considerava a “neurose obsessiva” o resultado de conflitos inconscientes, o modelo comportamental propunha que a ansiedade, os medos e os rituais eram resultados de aprendizagens. Propunha, ainda, que as mesmas leis da aprendizagem que explicavam as mudanças do comportamento normal poderiam explicar a aquisição e a extinção de comportamentos considerados patológicos. Essa hipótese começou a ser explorada de modo mais sistemático no pós-guerra e se materializou em tentativas de criar em animais de laboratório com base nas teorias da aprendizagem, as chamadas “neuroses experimentais”, e, ao mesmo tempo, desenvolver métodos para removê-las. O objetivo era criar, a partir desses modelos, técnicas para o tratamento de problemas semelhantes em seres humanos. Foram desenvolvidos, com sucesso, modelos

para a aquisição de comportamentos evitativos em relação aos locais ou às situações nos quais animais haviam, por exemplo, recebido choques elétricos, bem como para eliminá-los por meio da exposição gradual. Esses experimentos permitiram o desenvolvimento posterior de técnicas comportamentais, como a desensibilização sistemática, a exposição na imaginação e, sobretudo, a exposição *in vivo*, utilizadas com sucesso em pacientes inicialmente no tratamento de fobias e, depois, no próprio TOC, no qual são comuns comportamentos evitativos ou evitações.

Este capítulo abordará os fundamentos da terapia de EPR. Começa-se descrevendo os experimentos de laboratório e com voluntários humanos que fundamentaram o uso da exposição e da prevenção de rituais no tratamento do TOC. Serão descritos os primeiros relatos de caso e ensaios clínicos que comprovaram a efetividade dessas técnicas, bem como as técnicas comportamentais que continuam até hoje sendo os recursos psicoterapêuticos mais efetivos de que se dispõe para tratar os sintomas OC. Ao final, será feito um breve resumo das pesquisas que comprovaram a efetividade da terapia de EPR e da terapia cognitivo-comportamental (TCC) e que embasam seu uso clínico.

➤ FUNDAMENTOS DA TERAPIA DE EXPOSIÇÃO E PREVENÇÃO DE RESPOSTA

OS PRECURSORES DA TERAPIA DE EPR E OS EXPERIMENTOS COM VOLUNTÁRIOS

A terapia de EPR fundamenta-se nas experiências com animais de laboratório na aquisição de comportamentos fóbicos e nas técnicas desenvolvidas para sua eliminação, mais tarde testadas com sucesso em pacientes humanos. Baseia-se nos experimentos de Wolpe,¹ que a princípio tratou com sucesso animais que ha-

viam adquirido artificialmente comportamentos fóbicos e, depois, pacientes com fobias. Baseia-se, ainda, em experimentos com voluntários que apresentavam TOC e em ensaios clínicos com pacientes.

WOLPE (1915-1997)

Joseph Wolpe, um médico sul-africano que posteriormente imigrou para os Estados Unidos, foi um dos representantes mais influentes do chamado behaviorismo radical, em razão de seu empenho em utilizar na clínica os princípios da aprendizagem. No pós-guerra, dedicou-se ao estudo das fobias inicialmente em animais e, mais tarde, em humanos. Com base nos princípios da aprendizagem e, em especial, no que denominou de “princípio da inibição recíproca”, segundo o qual a resposta de ansiedade poderia ser inibida por outra resposta incompatível (p. ex., a fome), submetia gatos a choques elétricos em gaiolas nas quais habitualmente eram alimentados. Nessas circunstâncias, os animais desenvolviam medos e comportamentos evitativos (fobias) e evitavam entrar nas gaiolas, mesmo se ficassesem 1 ou 2 dias sem se alimentar. Tal comportamento inibido não corria apenas em relação à gaiola na qual haviam recebido os choques, mas também em relação a outras gaiolas que a ela se assemelhassem. Wolpe observou, ainda, que, se alimentasse os animais em ambientes ou gaiolas bastante diferentes daquelas onde haviam recebido os choques, eles levavam menos tempo para vencer o medo e acabavam entrando para apanhar o alimento. De forma gradual, alimentava os gatos em gaiolas cada vez mais semelhantes àquela onde inicialmente haviam recebido os choques elétricos e, dessa maneira, conseguia remover por completo o medo e o comportamento evitativo. A fome acaba se sobrepondo ao medo dos choques elétricos, de acordo com sua teoria da inibição recíproca.

Com base nessas experiências, Wolpe desenvolveu a técnica que chamou de “desensibilização sistemática”, pela qual se tornou conhecido, da qual fazia parte a exposição gradual, inicialmente na imaginação e depois ao vivo, associada a um estímulo inibidor da ansiedade – o relaxamento muscular e a respiração controlada. Com essa técnica, passou a tratar com sucesso pacientes que apresentavam fobias.¹ Embora o princípio da inibição recíproca não mais se sustente na atualidade, estavam lançadas as bases para a principal contribuição da escola comportamental para o tratamento dos transtornos mentais – a exposição *in vivo*, utilizada posteriormente com sucesso por Meyer, Marks e outros no tratamento do TOC.

EXPERIMENTOS COM VOLUNTÁRIOS: O DESAPARECIMENTO ESPONTÂNEO DA ANSIEDADE

As experiências com voluntários que apresentavam TOC, realizadas na Inglaterra no início dos anos de 1970 e relatadas no Capítulo 4, haviam demonstrado que a ansiedade diminuía quase de imediato com a realização dos rituais. A partir do observado nesses experimentos, foi proposto que os rituais tinham uma relação funcional, de alívio, como as obsessões, e que essa seria a razão de sua existência e persistência no que se tornou conhecido como o modelo comportamental do TOC. Essas experiências foram replicadas para observar se a ansiedade continuaria diminuindo com a repetição dos exercícios.

Em um estudo clássico, e replicando estudos já realizados, Röper e Rachman² expuseram pacientes verificadores a situações que provocavam o impulso de verificar. Observaram que o impulso decaía espontaneamente depois de um período entre 15 e 180 minutos caso continuassem se abstendo de realizar as checagens. Foi observado, ainda, um declínio tanto na amplitude da resposta como na dura-

ção, a cada repetição dos exercícios. Fenômeno semelhante acontecia com a ansiedade após a exposição, em pacientes com medo de contaminação. Se fossem repetidos um número suficiente de vezes, tanto a aflição quanto a necessidade de executar os rituais desapareciam por completo, fenômeno que foi entendido como a ocorrência no âmbito dos fenômenos obsessivo-compulsivos como da queda natural e espontânea da ansiedade, conhecido mais comumente como habituação, e passou a ser a base da terapia de EPR (Fig. 5.1).²⁻⁴

HABITUAÇÃO

A habituação é a diminuição espontânea e progressiva das respostas a um estímulo não nocivo (som, ruído, cheiro, dor, aflição), quando se permanece em contato o tempo necessário ou quando ele é repetidamente apresentado.

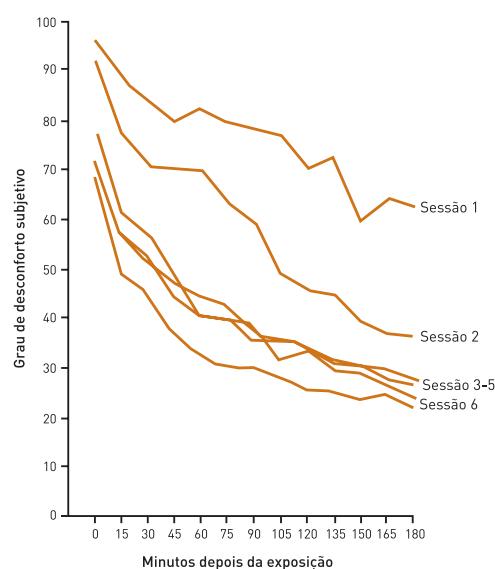


FIGURA 5.1 > DESCONFORTO SUBJETIVO APÓS A REALIZAÇÃO DE SESSÕES CONSEGUÍTIVAS DE EXPOSIÇÃO.

Fonte: Likierman e Rackman.⁴

É um fenômeno natural e responsável pelo fato de se tolerar e até deixar de sentir estímulos desagradáveis ou desconfortáveis como cheiros, fumaça, ruídos, músicas, mudanças de temperatura (p. ex., quando se entra no mar ou na piscina, mesmo em um dia de calor). Pode ser observada em praticamente todos os animais, desde os invertebrados – moscas, vermes, baratas, moluscos – até o homem.⁵ Imagina-se, ainda, que habituação seja o mecanismo pelo qual as pessoas perdem ao natural medos que são comuns nas mais variadas situações ao longo da vida: quando se aprende a nadar, a pular do trampolim, a andar de bicicleta, a subir em árvores, a dirigir um carro ou a viajar para uma cidade desconhecida e, sobretudo, nas mais variadas situações de estresse.

A moderna neuropsicologia associa o fenômeno da habituação a um tipo específico de memória – a memória implícita, ou de procedimentos (procedural), responsável pela aquisição de habilidades como falar, dirigir automóveis, desenhar, escrever, tocar um instrumento. Ela é inconsciente e é distinta da memória declarativa, que nos permite lembrar de fatos, datas, nomes e relatá-los em palavras. Supõe-se que a memória implícita seja a memória relacionada à aquisição (aprendizagem) do medo, da ansiedade, do nojo e sua generalização para outras situações e ao seu desaparecimento pelo fenômeno da habituação.

A NEUROQUÍMICA DA HABITUAÇÃO

A neuroquímica envolvida no fenômeno da habituação foi, mais tarde, estudada por Eric Kandel e seu colega Larry Squire no molusco marítimo *Aplysia californica*, em experimentos que se tornaram clássicos para o estudo da aprendizagem e da memória de curto e longo prazos.

O *Aplysia californica* tem uma reação bastante típica diante de situações de perigo em potencial: sempre que alguma parte de seu organismo é tocada (sifão, manto, guelras), ele

se recolhe para dentro da concha para se proteger. Squire e Kandel⁵ observaram que, tocando no sifão com um pincel, o *Aplysia* recolhia o manto e as guelras. Se os toques fossem repetidos algumas vezes, a reação de defesa diminuía progressivamente até desaparecer, como se o molusco perdesse o medo. Os autores observaram, ainda, que a habituação era de curta duração: durava de 10 a 15 minutos após 10 toques, mas, se o molusco havia sido submetido durante 4 dias a 10 toques de cada vez, permanecia até 3 semanas sem esboçar a reação de proteção. A resposta de recolher o manto e as guelras desaparecia (era aprendida) por mais tempo. Os pesquisadores observaram que na memória ou aprendizagem de curta duração ocorria diminuição da quantidade de neurotransmissores liberados na fenda sináptica; na habituação de longa duração havia uma alteração mais permanente na conformação da sinapse: os neurônios sensoriais apresentam 35% menos terminais pré-sinápticos.^{5,6}

TERAPIA DE EPR: BASES CLÍNICAS

MEYER

Meyer foi o primeiro pesquisador de que se tem notícia que utilizou técnicas comportamentais no tratamento dos sintomas obsessivo-compulsivos. Desenvolveu seu método para tratar pacientes com TOC a partir da desensibilização sistemática de Wolpe, em especial a exposição *in vivo*, e, curiosamente, a partir de uma observação casual do comportamento de camundongos que haviam desenvolvido comportamentos evitativos em razão de choques elétricos. Meyer⁷ observou que, se não houvesse uma intervenção mais ativa do experimentador, comportamentos evitativos condicionados de camundongos dificilmente se extinguem espontaneamente e poderiam ser mantidos por longo tempo, e talvez jamais

se extinguissem se nada fosse feito. Verificou, no entanto, que, se os animais fossem forçados manualmente pelo experimentador a descer da plataforma de madeira onde se sentiam seguros e tocar na grade onde haviam recebido choques e que haviam passado a evitar, o medo e os comportamentos fóbicos desapareciam muito mais rapidamente.

A partir dessas observações, Meyer⁷ pensou em utilizar, no tratamento dos sintomas OC, técnicas semelhantes – a exposição ativa, estimulada pelo observador, e a prevenção de rituais, a abstenção da realização de rituais compulsivos que protegiam o paciente de se expor aos seus medos e, consequentemente, impediam sua extinção. Aplicou essas técnicas em duas pacientes cujos casos clínicos foram publicados em 1966 e que se tornaram os primeiros casos tratados com sucesso com técnicas comportamentais de EPR.

OS DOIS PRIMEIROS PACIENTES TRATADOS POR MEYER COM TERAPIA DE EPR

A primeira paciente era uma mulher de 33 anos, casada, mãe de uma criança de 3 anos, com obsessões graves relacionadas a sujeira e contaminação, lavagens compulsivas e checagens, sintomas que acabavam sendo impostos ao marido e aos filhos. Fora tratada três vezes em internação hospitalar sem sucesso. Havia realizado terapia de dessensibilização com resultado passageiro e estava sendo cogitada para realização de leucotomia, uma neurocirurgia em moda na época para o tratamento de pacientes psiquiátricos graves.

A segunda paciente tinha 47 anos e era assombrada por pensamentos blasfemos de ter relações sexuais com o Espírito Santo. Atividades como fechar gavetas, limpar objetos compridos, limpar o cachimbo, comer bananas, salsichas, desencadeavam suas obsessões, bem como pensamentos de matar o marido e a irmã. Havia sido internada, tomara medica-

mentos, realizara psicanálise e até mesmo leucotomia, sem resultados.

Ambas foram internadas por Meyer durante algumas semanas. De forma ativa e sob supervisão constante, foram estimuladas a tocar em objetos evitados e a se abster de realizar rituais compulsivos de lavagens. A segunda paciente foi estimulada a se imaginar tendo relações com o Espírito Santo, a limpar o cachimbo, comer salsichas e se abster de realizar os rituais. Quando tiveram alta, estavam muito melhor e assim se mantiveram mais de um ano depois.⁷ O estudo praticamente não teve repercussões na época, e o uso de exposições e prevenção de rituais no tratamento dos sintomas OC foi retomado de forma consistente apenas em meados da década seguinte.

PRIMEIROS ENSAIOS CLÍNICOS COM TERAPIA DE EPR

Quase ao mesmo tempo em que eram realizados os experimentos com voluntários, relatados anteriormente, foram feitos ensaios clínicos utilizando de forma intensiva e em ambiente hospitalar as técnicas de exposição e prevenção de resposta para tratar pacientes com TOC.

Em 1971, Rachman e colaboradores⁸ trataram, em ambiente hospitalar, 10 pacientes com TOC crônico com 15 sessões de terapia de EPR (inundação ou modelagem) e, posteriormente, mais 10 pacientes. Dois anos depois, três quartos dos 20 pacientes continuavam muito melhor.⁸ Em 1974, Meyer e colaboradores⁷ trataram com sucesso, utilizando terapia de EPR em ambiente hospitalar, 15 pacientes com TOC, e, em 1975, Marks e colaboradores⁹ trataram outros 20 pacientes dessa mesma forma, com uma média de 23 sessões de terapia para cada paciente em períodos variáveis de 4 a 12 semanas. Os tratamentos tiveram sucesso em eliminar os sintomas OC em aproximadamente 75% dos pacientes. Acom-

panhados por períodos variáveis de até cinco anos, a maioria deles continuava assintomática.⁸⁻¹⁰ Embora fossem amostras pequenas, esses estudos tiveram grande impacto na época, e, nos anos que se seguiram, foram replicados em diferentes países e com resultados semelhantes. No fim da década de 1970, mais de 200 pacientes haviam sido tratados com terapia de EPR, comprovando de forma definitiva a possibilidade de eliminar obsessões e compulsões com técnicas comportamentais relativamente breves.

➤ A TERAPIA DE EXPOSIÇÃO E PREVENÇÃO DE RESPOSTA

A terapia de EPR parte do princípio de que no TOC os rituais compulsivos e as evitações são comportamentos realizados pelo indivíduo com a finalidade de reduzir a ansiedade ou o desconforto associados às obsessões. O sucesso em obter o alívio induz o indivíduo a repetir tais atos sempre que for assaltado por novas obsessões. A repetição impede, ainda, o enfrentamento dos medos e seu desaparecimento natural por meio da habituação, dando origem a um círculo vicioso que perpetua o TOC. A terapia de EPR tem por objetivo romper esse círculo mediante a exposição aos objetos e às situações evitadas e mediante a prevenção de resposta (ou de respostas), solicitando ao indivíduo que se abstenha de realizar todos os atos destinados a reduzir ou eliminar o medo ou o desconforto associados às obsessões, como rituais, rituais mentais, comportamentos evitativos, neutralizações, buscas de garantias e hipervigilância. Na perspectiva da teoria comportamental (estímulo → resposta), tais atos são considerados “respostas” a estímulos aversivos – as obsessões (pensamentos, imagens ou impulsos invasivos), que se tornaram associadas a diversos estímulos, como objetos, lu-

gares ou pessoas. Prevenção de resposta refere-se, portanto, ao bloqueio de tais comportamentos. Utiliza-se também a expressão “terapia de exposição e prevenção de respostas”, no plural, pois no TOC, na verdade, observa-se uma gama bastante variada de atos realizados em resposta às obsessões. É utilizada, ainda, a expressão “prevenção de rituais”, por ser mais direta e de mais fácil compreensão, embora compreenda uma gama menor de “respostas”. Exposição e prevenção de resposta (ou de rituais), por conseguinte, são os ingredientes essenciais da moderna terapia do TOC, e serão descritos a seguir.

➤ AS TÉCNICAS COMPORTAMENTAIS

EXPOSIÇÃO

No contexto da terapia comportamental o termo “exposição” refere-se ao enfrentamento repetido e sistemático das situações e dos objetos fóbicos.¹¹ No contexto da terapia de EPR para o TOC, exposição refere-se ao contato direto ou imaginário com objetos, lugares, pessoas, situações ou, ainda, com pensamentos, cenas ou palavras indesejáveis, que são sistematicamente evitados em razão do medo, do desconforto, do nojo ou da repugnância que provocam.

A exposição é a técnica mais efetiva para o tratamento de pacientes que têm obsessões e compulsões relacionadas a sujeira, germes ou contaminação, seguidas de lavagens excessivas (das mãos, do corpo, das roupas), e para dúvidas obsessivas seguidas de verificações. Também é uma técnica útil para o tratamento de obsessões de conteúdo sexual, violento ou blasfemo repugnantes. A exposição suprime o reforço representado pelo relativo sucesso dos comportamentos evitativos em reduzir a ansiedade ou o desconforto.

EXPOSIÇÃO IN VIVO

No TOC, a exposição pode ser feita *in vivo*, quando há o contato direto com objetos, locais ou situações externas, ou internas (com pensamentos, imagens indesejáveis), da vida real, entre outras ocorrências. Exemplos de exposição *in vivo* em casos de obsessão por sujeira ou contaminação: tocar em objetos manipulados por outras pessoas, como maçanetas, corrimãos, interruptores de luz, dinheiro; usar banheiros públicos; tocar em bolsas, chaves, carteiras, celulares de outras pessoas. Exposição a pensamentos indesejáveis e a medos supersticiosos: cumprimentar certas pessoas, pronunciar determinada palavra (demônio, câncer), usar roupas com cores que podem “dar azar”, como o preto, o vermelho, ou que tocaram em certa pessoa, ou fazer certas coisas em determinado número de vezes que seja considerado de azar.

EXPOSIÇÃO NA IMAGINAÇÃO

A exposição pode ainda ser na imaginação, por meio da evocação intencional de pensamentos, impulsos, palavras, números, lembranças, cenas ou imagens ou outros estímulos cognitivos, considerados estímulos aversivos por serem provocadores de ansiedade e, por esse motivo, mantidos afastados da mente. Essa alternativa é utilizada quando não é possível a exposição direta, como no tratamento de obsessões de conteúdo repugnante (agressivo, sexual ou blasfemo). Nessas situações, solicita-se ao paciente que imagine da forma mais vívida possível e com o máximo de detalhes uma determinada cena que lhe seja repugnante ou que escreva uma pequena história na qual “cometa” o pensamento impróprio (p. ex., esfaguear o namorado, abusar sexualmente da filha) e leia depois repetidamente, ou, ainda, faça uma gravação e ouça várias vezes. As histórias devem ser curtas – 3 a 5 minutos de leitura. O paciente é estimulado a criar um cená-

rio, como se estivesse escrevendo para o teatro ou para um filme no qual ele seja o personagem principal de uma pequena tragédia. A leitura deverá provocar ansiedade ou desconforto para ser efetiva. O Capítulo 12, p. 253, apresenta um exemplo de história “horrível”.

A exposição pode ser, ainda, a fotos – por exemplo, de corpos estraçalhados, animais atropelados, cães (medo de adquirir raiva), ratos (medo de leptospirose) –, a filmes contendo cenas violentas, cenas ou imagens homossexuais (pacientes que têm obsessões de dúvida sobre orientação sexual), etc. O paciente pode ser convidado a tocar nas fotos. Se forem palavras que não possam ser pronunciadas (nome de certa pessoa, câncer, aids), ele poderá escrevê-las de forma repetida em uma folha de papel, várias vezes ao dia, até ocorrer a habituação.

Embora não seja essencial, a exposição normalmente é gradual, facilitando a adesão e a correção de crenças relacionadas a autoeficácia. Inicia-se pelos exercícios considerados mais fáceis ou que provocam menos aflição, para depois enfrentar aqueles considerados mais difíceis. Em certas situações, algumas vezes é impossível fazer uma exposição gradual. Nesses casos, é possível, de início, realizar a exposição ao estímulo mais ansiogênico, o que é chamado de “inundação” (*flooding*) – por exemplo, “espalhar” a contaminação para toda a casa, ir a um velório. Deve ser feita com a concordância do paciente.

Foa e Kozak¹² destacam três indicadores de mudança (processamento emocional) durante a exposição:

- 1 o medo subjetivo deve ser ativado, e deve ocorrer uma ativação fisiológica;
- 2 as respostas de medo devem diminuir gradualmente durante a sessão (habituação na sessão);
- 3 as respostas de medo devem diminuir gradualmente ao longo das sessões (habituação entre as sessões).

FATORES MODULADORES DA EXPOSIÇÃO

A exposição funciona melhor quando é previsível (o paciente sabe quando ela vai ocorrer e o que vai acontecer), planejada, levada adiante sob seu controle, ou seja, o próprio paciente controla a intensidade e a duração do exercício. Exposições prolongadas são mais efetivas do que exposições rápidas. O ideal é que perdurem até a aflição ou o desconforto desaparecerem por completo, o que às vezes ocorre em minutos, assim como pode levar até várias horas. Quanto mais rápida e precoce a habituação no curto prazo, maior a chance de habituar no longo prazo. Altos níveis de ansiedade impedem a habituação e interferem no registro e integração de novas informações que podem desconfirmar os medos.^{11,12} Quando a ansiedade é muito intensa, a habituação levará mais tempo, e serão necessárias mais sessões. É possível que a ansiedade não diminua em determinada sessão e mesmo assim ocorra progresso entre as sessões. É importante, ainda, que a exposição seja realizada o mais frequentemente possível, sobretudo no início do tratamento, e que o intervalo entre as exposições seja o menor possível.

Embora os resultados de pesquisa sejam inconsistentes, acredita-se que a adoção de comportamentos de segurança, como a distração, o uso de ansiolíticos ou neutralizações, comprometa os efeitos da exposição.¹³ Por esse motivo, recomenda-se que o paciente mantenha o foco de sua atenção no objeto ou na situação fóbica, para que a redução do medo seja mais efetiva. A distração impediria a incorporação de informação corretiva relevante para a formação de novas memórias e, consequentemente, para o processamento emocional do medo.¹² Focar a atenção favorece a habituação entre as sessões, mas não na sessão.

Segundo alguns autores,^{14,15} responder a perguntas durante a exposição ou oferecer informações tranquilizando quanto a riscos impediriam a exposição em sua plenitude. A ex-

posição, no caso, é à incerteza. O terapeuta deve esclarecer ao paciente a importância de conviver com a incerteza e de permanecer com as dúvidas, tema do Capítulo 11, e as razões pelas quais ele e os familiares evitarão responder perguntas repetidas.

PREVENÇÃO DE RESPOSTA

Prevenção de resposta consiste em bloquear, inibir uma resposta comportamental apreendida, com o objetivo de quebrar as associações entre determinados estímulos e respostas.¹¹ No TOC, rituais, compulsões mentais e neutralizações (rezar, contar, repassar argumentos, reassegurar-se) são considerados respostas comportamentais, induzidas por estímulos aversivos como pensamentos intrusivos, situações ou objetos, executadas com o objetivo de reduzir ou neutralizar a ansiedade, o desconforto ou o medo associados a tais estímulos. Têm a mesma função dos outros compor-

EXEMPLOS DE PREVENÇÃO DE RESPOSTA

- abster-se de lavar as mãos, o corpo ou a roupa após tocar ou encostar em objetos "sujos" ou "contaminados";
- abster-se de verificar a porta ou as janelas mais de uma vez antes de deitar ou ao sair de casa;
- não fazer contagens;
- não repetir atos (usar uma roupa de determinada cor, tocar na madeira ou em uma laje específica), palavras ou frases destinadas a evitar que eventos ruins aconteçam;
- não alinhar objetos, como roupas, toalhas, colchas, caderços de sapato, etc.

tamentos de segurança, como a esquiva e a fuga: eliminar ameaças ou reduzir o risco de que eventos ruins aconteçam. Acredita-se que as compulsões ajudem a manter os medos associados a pensamentos obsessivos, situações, lugares, pessoal ou a objetos evitados, pois impedem sua desconfirmação. Uma das estratégias terapêuticas, portanto, é solicitar ao paciente que se abstenha de executá-las (prevenção da resposta). Essa mesma solicitação poderá ser feita em relação a rituais mentais e a comportamentos menos estereotipados e repetitivos, como as neutralizações e a hipervigilância (não controlar sujeira ou onde as pessoas tocam). Com a abstenção, o indivíduo irá se expor às ameaças, aos riscos, a possibilidades de falhas imaginárias ou de conviver com a incerteza, tendo a oportunidade de modificar crenças erradas e pensamentos não realísticos, substituindo-os por novas informações realísticas.

MODELAGEM (OU MODELAÇÃO)

Modelagem é a aprendizagem de um novo comportamento pela observação de outros indivíduos realizando esse mesmo comportamento.¹¹ Suas bases são a teoria da aprendizagem de Bandura, segundo a qual as pessoas aprendem por observação (aprendizagem social) tanto comportamentos adaptativos como desadaptados. Ainda de acordo com essa mesma teoria, medos podem ser aprendidos (e desaprendidos) pela simples observação.

As pesquisas iniciais com a terapia de EPR observaram que os pacientes tinham mais facilidade de realizar os exercícios quando acompanhados pelo terapeuta. No caso do TOC, os medos podem ser menores se o paciente observar outras pessoas lidando com os objetos ou com as situações evitadas sem sentir medo. A terapia em grupo para o TOC vale-se desse recurso quando o exemplo de um paciente vencendo seus medos encoraja os demais.

A modelagem pode ser muito útil no início do tratamento de medos de contaminação/lavagens e evitações. Diante do paciente, o terapeuta faz demonstrações de exposição, como tocar com os dedos na ponta dos sapatos e depois na roupa; andar com os pés descalços no piso do consultório, incluindo o banheiro; tocar na torneira e na tampa do vaso do banheiro; tocar na sola dos sapatos e “espalhar a contaminação” pelo corpo; tocar na borda da cesta do lixo, tocar em uma cédula de dinheiro e colocar o dedo na boca, etc., e, é claro, abstendo-se de lavar as mãos. Depois de cada exercício, o terapeuta solicita ao paciente que repita, respeitando sua decisão e seus níveis de ansiedade. Caso consiga, o terapeuta o elogia, destacando sua capacidade de suportar o aumento da ansiedade. Incentivos e elogios do terapeuta constituem-se em importantes reforços para futuras exposições na sua ausência. Ele poderá, ainda, solicitar ao paciente que pontue a ansiedade no momento do início do exercício e 10, 20 ou 30 minutos após sua realização, destacando a diminuição da ansiedade observada no período como demonstração prática do fenômeno da habituação.

A modelagem pode ser utilizada, ainda, em pacientes graves na terapia assistida em domicílio, pelo próprio terapeuta, por familiares ou acompanhantes terapêuticos. Consiste em estabelecer previamente um comportamento desejado, por exemplo, o tempo máximo para escovar os dentes, trocar de roupa, fazer uma refeição ou tomar banho, e reforçar as aproximações sucessivas tendo como referência o comportamento desejado. Por esse motivo, a modelagem também é chamada de “método das aproximações sucessivas”, no qual, por meio do reforço positivo, de forma gradual, se instalam novas respostas, tendo como objetivo um comportamento final. Nesse caso, eventualmente é utilizado o termo “modelação”.

ADEQUAÇÃO DE TAREFAS E TEMPOS NA LENTIDÃO OBSESSIVA

No TOC, um sintoma muito comum é a lentidão obsessiva. São comuns as demoras no banho, os atrasos para compromissos sociais, as protelações, a grande dificuldade em concluir tarefas, como a entrega de um trabalho escolar ou a decisão a respeito de uma viagem ou compra. Pode haver até extrema lentidão para executar tarefas banais, como escovar os dentes, calçar o tênis ou passar a manteiga no pão. Subjacentes, podem ser identificadas crenças relacionadas ao perfeccionismo, necessidade de ter certeza, intolerância a falhas ou, ainda, dificuldades com o planejamento. Além de corrigir as crenças disfuncionais, recurso a ser abordado no Capítulo 6, pode ser utilizado o replanejamento dos tempos necessários para a execução de determinadas tarefas (tarefas e tempos).

Na modelagem do comportamento, o terapeuta, após estabelecer os tempos adequados para executar determinadas tarefas, como escovar os dentes, tomar banho ou se vestir, acompanha o paciente durante a execução da tarefa ou orienta um familiar para que o faça, sinalizando quando os tempos ou o número de vezes combinados são excedidos, incentivando para que se aproxime o máximo que puder do que foi combinado.

É importante, ainda, lembrar que os indivíduos com TOC apresentam déficits em várias funções neurocognitivas, como na focalização da atenção, nas tomadas de decisão (decidir quando interromper um ritual), no planejamento de curto e longo prazos, na confiança na memória, entre outros. Tais dificuldades são notáveis em pacientes perfeccionistas, com dificuldade para aceitar falhas, correr riscos, com necessidade de ter certeza, e podem contribuir para manifestações clínicas como indecisão, protelação e lentidão obsessiva. Para pacientes com essas manifestações, a modelagem pode ser útil.

O EXERCÍCIO DO “PARE” E DISTRAÇÃO

O exercício do “Pare”, homônimo ao sinal de trânsito, foi proposto inicialmente como estratégia para interromper pensamentos obsessivos (*thought stopping*). Era associado, ainda, a um estímulo desagradável, como um piparote de atilho de borracha no pulso. Desde que se percebeu que o esforço em afastar pensamentos repugnantes e em bloqueá-los produzia o efeito paradoxal de aumentar sua intensidade e frequência (efeito Urso Branco), o exercício deixou de ser usado para essa finalidade. Tem sido utilizado, entretanto, como uma forma interrupção de compulsões mentais, ruminações obsessivas e neutralizações, quando o paciente percebe que está executando esses atos, e acaba sendo uma forma de proporcionar exposições. Seu alcance, entretanto, é limitado.

No TOC, são muito comuns as compulsões mentais, bem como outras estratégias mentais, denominadas neutralização, como repetir frases ou palavras, rezar, contar, substituir pensamentos ruins por pensamentos bons, repassar mentalmente cenas, diálogos ou argumentos, reler, repetir perguntas, com a finalidade de ter certeza, em circunstâncias em que isso é impossível. Esses comportamentos são comuns em pacientes perfeccionistas ou escrupulosos, atormentados por dúvidas morais ou pela possibilidade de falhas, em razão de excesso de responsabilidade ou culpa (verificadores), e configura o que é chamado eventualmente de ruminação mental. O “Pare”, além de ser uma forma de prevenção de respostas, pois auxilia indivíduo a interromper rituais mentais, também o leva a se expor a dúvidas e incertezas e a conviver com a possibilidade de ter cometido falhas. Utiliza, ainda, a técnica da distração associada. Tanto os pensamentos intrusivos como a ansiedade que os acompanha desaparecem naturalmente e mais rápido, se não se der importância a eles e se o foco da atenção for desviado para outros estímulos.

O “Pare” ainda pode ser utilizado para interromper compulsões comuns, em especial aquelas que já se tornaram hábitos, que são realizadas de forma praticamente automática, ou rituais motores, que lembram tiques, pois em geral não são precedidos por pensamentos de conteúdo catastrófico, apenas por desconforto ou sensação física desagradável (fenômeno sensorial), como estalar os dedos, fechar os olhos com força, sacudir as pernas, olhar para o lado, dar uma batida, tocar, raspar, ou por comportamentos compulsivos, como arrancar os cabelos, se beliscar, roer unhas, coçar, enquadrados nos chamados transtornos do controle dos impulsos – as *grooming disorders*. O “Pare” não deve ser usado para lutar contra ou tentar afastar pensamentos repugnantes ou impróprios.

Para utilizar o “Pare”, o paciente deve:

- 1 Identificar com antecedência os horários, as situações e os locais em que é assaltado por dúvidas intermináveis, acompanhadas de angústia, culpa e depressão e que, para obter alívio, realiza compulsões mentais ou tenta neutralizá-las com atos mentais repetitivos.
- 2 Identificar as manobras que executa mentalmente para afastar pensamentos inaceitáveis (rituais mentais) ou para ter certeza (repassar argumentos, cenas, fatos, buscar garantias) e se preparar com antecedência para utilizar o exercício do “Pare”.
- 3 Ao perceber que está iniciando alguma das manobras citadas ou mesmo rituais compulsivos comuns, repetir em voz alta “Pare!” ou, de uma forma mais direta, “Chega!”, procurando interromper a compulsão ou a ruminação.
- 4 Ao proferir o comando “Pare”, procurar desviar o foco da atenção para estímulos externos, como ouvir uma música, ligar para um amigo, ver televisão, ler o jornal ou se envolver em uma tarefa prática. Po-

de-se, ainda, dar uma batida forte na mesa ou bater palmas, a fim de se distrair e conseguir cortar o fluxo dos pensamentos intrusivos.

Conforme foi comentado, a eficácia do “Pare” é muitas vezes discutível, mas pode ser útil para alguns pacientes. O ideal é abordar cognitivamente as crenças disfuncionais subjacentes.

➤ LEMBRETES

Lembretes eventualmente escritos em cartões auxiliam o paciente a relembrar aspectos psicoeducativos importantes relacionados ao transtorno e às regras da terapia de EPR. Servem, ainda, para corrigir pensamentos automáticos catastróficos e ajudam a controlar medos e comportamentos de esquiva.

LEMBRETE QUE PODE SER ESCRITO EM UM CARTÃO

As quatro regras de ouro da terapia de exposição e prevenção de resposta:

- 1 Enfrente as coisas de que você tem medo tão frequentemente quanto possível.
- 2 Se você perceber que está evitando algum objeto ou situação, enfrente-o.
- 3 Se você sentir necessidade de fazer algum ritual para se sentir melhor, faça esforço para não realizá-lo.
- 4 Repita os passos 1, 2 e 3 o maior número de vezes e pelo maior tempo possível.¹⁶

PARTICIPAÇÃO DOS FAMILIARES

O envolvimento dos familiares nas tarefas de EPR de casa pode ser útil, desde que respeitadas certas regras. Em princípio, devem resistir em fazer tudo o que provoque alívio ao paciente, como responder perguntas, dar garantias, fazer o ritual pelo próprio paciente, o que nem sempre é fácil quando se está com um ente querido que apresenta grande sofrimento. Desde que combinado anteriormente, os familiares podem auxiliar o paciente tanto na prevenção de rituais, apoiando-o nas sessões de exposição para que refreie sua realização quanto no controle do tempo em que executa determinadas tarefas. Poderão até mesmo utilizar meios físicos, como desligar o chuveiro depois de um determinado tempo ou evitar responder a perguntas repetidas, desde que essas atitudes sejam gentis e tenham sido previamente combinadas. É fundamental evitar o uso de violência e não constranger o paciente a realizar os exercícios, o que pode ser contraproducente.

➤ MECANISMOS DE MUDANÇA NA TERAPIA DE EXPOSIÇÃO E PREVENÇÃO DE RESPOSTA

Diversas explicações para as mudanças observadas com a terapia de EPR têm sido propostas:

- novas aprendizagens – eliminação do reforço negativo e habituação;
- processamento emocional;
- aprendizagem social;
- teorias cognitivas abordadas no Capítulo 4 e revistas de forma mais específica na descrição da TCC para os diferentes sintomas do TOC.

EXEMPLOS DE LEMBRETES

- A ansiedade não dura para sempre!
- Se eu ficar prestando atenção ao que estou sentindo, o medo ficará ainda maior!
- Tudo o que sobe (ansiedade) desce!

EXPLICAÇÃO COMPORTAMENTAL: ELIMINAÇÃO DO REFORÇO

Conforme foi visto no Capítulo 4, o modelo comportamental propõe que os rituais, as evitações e as neutralizações aliviam a ansiedade e o medo associados às obsessões, motivo pelo qual são mantidos (reforço negativo). A terapia de EPR aboliria essa função. A exposição repetida a estímulos provocadores de ansiedade e a abstenção de executar os rituais obrigariam o indivíduo a defrontar-se com níveis eventualmente elevados de ansiedade, que, com a repetição dos exercícios, decairiam até se extinguirem por completo, em razão da habituação.

Existem algumas controvérsias em relação ao significado do termo “habituação”. Segundo alguns autores, ele deveria ser usado de modo preferencial para designar um efeito sensorial de curta duração e não mantido a longo prazo, no qual não haveria verdadeira aprendizagem.^{11,17} De fato, o desconforto sensorial com diferenças de temperatura, odores, sons, que momentaneamente desaparece, não se extingue para sempre, e reaparece horas depois. Não é o que ocorre após a exposição e a prevenção de rituais no TOC, cujas modificações, de modo geral, perduram por longo prazo. Entretanto, não há unanimidade em relação ao conceito. Kandell e Squire, por exemplo, denominam habituação o aprendizado de longo prazo observado em moluscos.⁵ Para Wolpe,¹ os dois termos são indistinguíveis, e

Foa e Kozak¹² propõe um uso mais amplo do termo “habituação”, como se referindo simplesmente ao decréscimo de uma resposta.

Deve-se reconhecer que a explicação comportamental tem algumas limitações: não oferece uma explicação convincente para o surgingimento das obsessões, lacuna que foi, em parte, preenchida pelos modelos cognitivo-comportamentais e biológicos posteriores; desconsidera o papel da memória, dos pensamentos intrusivos de natureza catastrófica e as avaliações secundárias relativas ao seu significado na provocação da ansiedade e dos medos. A memória é crucial para a compreensão da manutenção dos efeitos da aprendizagem especialmente no longo prazo, e o significado como um importante modulador no que se refere à intensidade das emoções sentidas. Essas lacunas foram, em parte, supridas com modelos que levam em conta fatores como o papel da memória e do significado pela teoria do processamento emocional; da mudança de expectativas pela teoria da aprendizagem social; dos erros de avaliação e crenças disfuncionais pelo modelo cognitivo; e das disfunções da atenção (viés atencional), confiança na memória e hipervigilância pela neuropsicologia. Em seu conjunto, essas novas teorias oferecem uma explicação mais abrangente e mais satisfatória, embora ainda incompleta, dos fenômenos obsessivos e talvez expliquem melhor as mudanças que se observam na terapia do TOC. A seguir, serão descritas as teorias do processamento emocional e da aprendizagem social, pois elas ampliam a compreensão de aspectos das mudanças observadas com a terapia de EPR.

TEORIA DO PROCESSAMENTO EMOCIONAL

Para Foa e Kozac,¹² a proposição, ainda na perspectiva do modelo comportamental estímulo/ resposta, de que o estímulo tem também uma função de “sinal” predizendo uma punição ou

recompensa obriga a incluir no modelo um novo elemento – o significado relacionado aos eventos, o qual também influenciaria no aprendizado.¹² É uma referência ao papel das cognições e da memória na mudança psicoterápica e representa uma transição para o modelo cognitivo-comportamental.

De acordo com a teoria do processamento emocional, o medo é representado por estruturas de memória ou “programas” que orientam os comportamentos de medo, como lutar ou fugir do perigo. Essas estruturas incluem representações dos estímulos temidos (o urso), das respostas de medo (aumento dos batimentos cardíacos, comportamentos de luta ou fuga), e do significado atribuído ao estímulo (o urso é um animal perigoso) e às respostas (aceleração cardíaca significa que estou com medo). Quando essas estruturas de memória representam uma ameaça real, sentir medo (na frente do urso) e fugir são respostas normais e adaptativas. Uma estrutura do medo seria patológica quando:

- as associações entre os elementos dos estímulos não representassem acuradamente o mundo real;
- as respostas fisiológicas e de fuga fossem evocadas por estímulos que não são perigosos;
- as respostas fossem desencadeadas muito facilmente e de forma excessiva e interfirassem no comportamento adaptativo;
- estímulos inofensivos e elementos da resposta fossem associados de forma equivocada a significados ameaçadores.¹²

Processamento emocional é definido como a modificação das estruturas de memória subjacentes às emoções e constitui a essência do processamento emocional. Ativação fisiológica e habituação dentro das sessões de exposição e entre as sessões são indicativos de que está havendo processamento emocional.¹²

Para ter sucesso, a terapia deve modificar os elementos das estruturas patológicas do medo. Duas condições são necessárias para a modificação bem-sucedida de uma estrutura de medo:

- a estrutura deve ser ativada; se não o for, não se torna acessível a modificações;
- novas informações incompatíveis com as informações errôneas incorporadas anteriormente na estrutura patológica do medo devem estar disponíveis e devem ser incorporadas em uma nova estrutura (memória). Quando isso é feito, a informação usada para evocar a ansiedade já não mais funciona, pois não está mais disponível. Houve uma alteração mais permanente na memória da estrutura, bem como em seu significado; ou seja, as proposições sobre a ameaça (crenças sobre consequências de curto ou longo prazo) ligadas aos diversos elementos da estrutura do medo também foram modificadas.

Segundo alguns autores, na habituação, além do desaparecimento das reações físicas, o paciente incorpora novas informações: de que não existe um perigo real, de que a reação de ansiedade é finita em sua duração. Na exposição repetida, uma nova representação das estruturas de memória substitui as memórias preexistentes relacionadas ao medo (memória implícita), e ocorre uma alteração mais permanente do seu significado.^{12,18,19} Como se percebe, a teoria do processamento emocional incorpora claramente em seu modelo um elemento cognitivo – o significado, representando, portanto, a transição do modelo comportamental para o cognitivo-comportamental, como foi exposto.

APRENDIZAGEM SOCIAL

As teorias da aprendizagem social, ou da aprendizagem por observação, foram desen-

volvidas particularmente por Bandura e também representam uma transição dos modelos comportamentais clássicos para os modelos cognitivo-comportamentais e apontam para fatores cruciais para o sucesso da TCC. Duas teorias nos interessam:

- a aprendizagem por observação;
- a teoria da autoeficácia.

APRENDIZAGEM POR OBSERVAÇÃO

Experiências clássicas realizadas em laboratório comprovaram que filhotes de macacos desenvolvem medo de cobras (e também perdem os medos) pela simples observação de indivíduos adultos tendo reações de medo diante desses animais. A aprendizagem por observação, portanto, pode ter um papel importante na aquisição de medos. Teoricamente, rituais compulsivos e evitações poderiam ser adquiridos pela observação direta dos pais ou pelas instruções recebidas. Essa hipótese, entretanto, não foi comprovada. Ela embasa, contudo, a psicoeducação e a modelagem (aprendizagem por observação do terapeuta).

AUTOEFCÁCIA

De acordo com a teoria da autoeficácia, o comportamento de um indivíduo é guiado pelo grau de confiança (crença) que ele tem em sua competência para lidar com as diferentes situações ou pelo quanto ele acredita que uma determinada ação produza um determinado resultado. Nenhum comportamento é iniciado em direção a um objetivo se a pessoa não acredita que tenha probabilidades, por menores que sejam, de atingir seus objetivos ou de lidar com os diferentes problemas que terá que enfrentar e, no caso do TOC, de lidar com as diferentes ameaças, mesmo que imaginárias, envolvidas no enfrentamento de situações evitadas, por exemplo.

Ainda de acordo com Bandura, as experiências diretas (reais) são os mais fortes influenciadores da autoeficácia, junto à modelagem e à persuasão social. O desempenho na prática é o mais poderoso modificador da autoeficácia. A terapia de EPR estimula os pacientes a enfrentarem e dominarem seus medos abrindo mão das evitações e de outros comportamentos de segurança, em especial por meio dos experimentos comportamentais. A importância desse senso de domínio (autoeficácia) é um efeito da terapia muitas vezes negligenciado. O sucesso em vencer as primeiras etapas em um programa de exposição gradual aumentaria as expectativas de autoeficácia.

► A TERAPIA COMPORTAMENTAL DE EPR: EVIDÊNCIAS DE EFICÁCIA/EFETIVIDADE

A terapia de EPR e a TCC são consideradas tratamentos de escolha para o TOC.²⁰ Os benefícios da terapia de EPR são bem documentados em diversos ensaios clínicos,²¹⁻²³ revisões e metanálises,²⁴⁻²⁶ tanto com pacientes adultos quanto com crianças e adolescentes,^{22,27,28} com um tamanho de efeito de 1.127.²⁹ Estudos de seguimento comprovam a manutenção dos ganhos terapêuticos no período de até 5 anos.^{9,30-33} Ensaios clínicos iniciais comprovaram eficácia em mais de 70% dos pacientes que aderiram ao tratamento.⁹ A eficácia da terapia de EPR é, em geral, levemente superior à dos inibidores da recaptação de serotonina,^{23,34,35} sobretudo na redução de rituais compulsivos como lavagens e verificações.^{23,36} Os

pacientes que realizaram terapia de EPR reciam menos, e nestes as recaídas ocorrem mais tarde do que nos tratados com medicamentos.³⁷ Ensaio clínico^{38,39} e pelo menos uma metanálise concluíram que a terapia de EPR/TCC em grupo é um tratamento eficaz para o TOC, com um tamanho de efeito de 1.18,⁴⁰ com resultados semelhantes aos obtidos com o tratamento individual e com um custo menor.

Uma vantagem adicional da TCC no TOC em relação aos medicamentos é o fato de ser um tratamento breve (10 a 20 sessões em geral), cujos efeitos se mantêm a longo prazo.^{31,32} É interessante, ainda, a observação de que a TCC parece ser eficaz mesmo em pacientes que não respondem ou respondem parcialmente ao tratamento com psicofármacos.^{41,42} Outro estudo verificou que, em crianças e adolescentes, a combinação de TCC e medicamentos apresentou resultados superiores ao uso isolado tanto de medicamentos como de TCC.²² Um resultado semelhante foi observado em pacientes adultos com a adição da TCC aos medicamentos.⁴³ Esses últimos resultados reforçam a recomendação do consenso para tratamento do TOC, que sugere, sempre que possível, a associação de TCC e medicamentos.⁴⁴

Entre os problemas da TCC, talvez o mais importante seja a não adesão de um grupo significativo de pacientes. Outro problema da terapia comportamental é o custo elevado do tratamento em comparação aos medicamentos se apenas o período de tratamento agudo for considerado, e não a manutenção em longo prazo, que tende a ser maior com os medicamentos. Além disso, na prática, a TCC continua sendo uma modalidade de tratamento pouco disponível à população.

RESUMO E DESTAQUES

- A terapia de exposição e prevenção de resposta começou a ser utilizada no tratamento dos sintomas OC de forma efetiva no início dos anos de 1970. Foi embasada em experimentos com animais, em voluntários com TOC e em ensaios clínicos que utilizaram de forma intensiva a exposição e a prevenção de rituais compulsivos em ambiente hospitalar.
- A terapia de EPR elimina os sintomas OC por meio da:
 - exposição, que é o contato direto ou imaginário com objetos, lugares ou situações que não são perigosos;
 - prevenção de resposta, que é a abstenção de executar qualquer ato, especialmente os rituais compulsivos, destinado a reduzir ou neutralizar a ansiedade, o desconforto ou o medo associados às obsessões.
- A exposição e a prevenção de resposta suprimem a função de provocar alívio da ansiedade e de impedir o seu aparecimento exercida pelos rituais e pelas evitações. Essas técnicas provocam um súbito aumento da ansiedade, que é seguido por seu desaparecimento espontâneo. A intensidade da ansiedade é menor a cada exercício, até desaparecer por completo em razão de um fenômeno denominado habituação.
- Como esse efeito se mantém a longo prazo, acredita-se que, além da diminuição da resposta sensorial e autonômica observada no momento do exercício, típica da habituação, ocorram alterações mais permanentes nas estruturas de memória associadas aos estímulos ativadores das obsessões, ao seu significado e à forma de reagir emocionalmente a eles, em um fenômeno denominado processamento emocional.
- Mesmo no contexto da TCC, a exposição e a prevenção de respostas continuam sendo consideradas os ingredientes cruciais do tratamento do TOC.
- Diversos ensaios clínicos e metanálises comprovam a eficácia da terapia de EPR ou da TCC, na forma individual ou em grupo, tanto em adultos como em crianças e adolescentes; seus efeitos são mantidos por períodos de até 5 anos.

TOCTOC TOCTOC TOCTOC TOCTOC TOCTOC TOCTOC TOCTOC

➤ REFERÊNCIAS

1. Wolpe J. *The practice of behavior therapy*. 4th ed. New York: Pergamon; 1990.
2. Röper G, Rachman SJ. Obsessional-compulsive checking: experimental replication and development. *Behav Res Ther*. 1976;14(1):25-32.
3. Rachman SJ, De Silva P, Roper G. The spontaneous decay of compulsive urges. *Behav Res Ther*. 1976;14:445-53.
4. Likierman H, Rachman SJ. Spontaneous decay of compulsive urges: cumulative effects. *Behav Res Ther*. 1980;18:387-94.
5. Squire LR, Kandel ER. *Memória: da mente às moléculas*. Porto Alegre: Aramed; 2003.

6. Bailey CH, Chen M. Morphological basis of long-term habituation and sensitization in Aplysia. *Science*. 1983;220(4592):91-3.
7. Meyer V. Modification of expectations in cases with obsessional rituals. *Behav Res Ther*. 1966;4:273-80.
8. Rachman S, Hodgson R, Marks IM. The treatment of chronic obsessive-compulsive neurosis. *Behav Res Ther*. 1971;9(3):237-47.
9. Marks IM, Hodgson R, Rachman SJ. Treatment of chronic obsessive-compulsive neurosis by *in vivo* exposure: a two year follow-up and issues in treatment. *Brit J Psychiatry*. 1975;127:349-64.
10. Meyer V, Baer L, Minichielo W. Behavior therapy for obsessive-compulsive disorder. In: Jenike MA, Baer L, Minichielo WE. *Obsessive-compulsive disorders: theory and management*. 2nd ed. Chicago: Year Book Medical; 1990. p. 208-9.
11. Antony MM, Roemer L. *Behavior therapy*. Washington: American Psychological Association; 2011.
12. Foa EB, Kozak MJ. Emotional processing of fear: exposure to corrective information. *Psychol Bull*. 1986;99(1):20-35.
13. Antony MM, Purdon C, Summerfeldt L. Psychological treatment of obsessive-compulsive disorder. Washington: American Psychological Association; 2007.
14. Abramowitz JS, Nelson CA. Treating doubting and checking concerns. In: Antony MM, Purdon C, Summerfeldt LJ. *Psychological treatment of obsessive-compulsive disorder*. Washington: American Psychological Association; 2007. p. 169-86.
15. Rowa, K Antony MM, Swinson RP. Exposure and response prevention. In: Antony MM, Purdon C, Summerfeldt LJ. *Psychological treatment of obsessive-compulsive disorder*. Washington: American Psychological Association; 2007. p. 79-109.
16. Baer L. *Getting control: overcoming your obsessions and compulsions*. New York: Plume; 2000.
17. Tryon WW. Possible mechanisms for why desensitization and exposure therapy work. *Clin Psychol Rev*. 2005;25(1):67-95.
18. Cammarota M, Bevílaqua LR, Vianna MR, Medina JH, Izquierdo I. The extinction of conditioned fear: structural and molecular basis and therapeutic use. *Rev Bras Psiquiatr*. 2007;29(1):80-5.
19. Foa EB, Hembree EA, Rothbaum BO. *Prolonged exposure therapy for PTSD*. New York: Oxford University; 2007.
20. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). *Obsessive-compulsive disorder: core interventions in the treatment of obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder [Internet]*. 2006 [capturado em 3 jul. 2013]. Disponível em: <http://www.nice.org.uk>.
21. Foa EB, Kozak MJ, Steketee GS, McCarthy PR. Treatment of depressive and obsessive-compulsive symptoms in OCD by imipramine and behaviour therapy. *Br J Clin Psychol*. 1992;31(Pt 3):279-92.
22. Pediatric OCD Treatment Study (POTS) Team. Cognitive-behavior therapy, sertraline, and their combination for children and adolescents with obsessive-compulsive disorder: the Pediatric OCD Treatment Study (POTS) randomized controlled trial. *JAMA*. 2004;292(16):1969-76.
23. Foa EB, Liebowitz MR, Kozak MJ, Davies S, Campeas R, Franklin ME, et al. Randomized, placebo-controlled trial of exposure and ritual prevention, clomipramine, and their combination in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry*. 2005;162(1):151-61.
24. Steketee G, Foa EB, Grayson JB. Recent advances in the behavioral treatment of obsessive-compulsives. *Arch Gen Psychiatry*. 1982;39(12):1365-71.
25. Abramowitz JS. Effectiveness of psychological and pharmacological treatments for obsessive-compulsive disorder: a quantitative review. *J Consult Clin Psychol*. 1997;65(1):44-52.
26. Kobak KA, Greist JH, Jefferson JW, Katzenbach DJ, Henk HJ. Behavioral versus pharmacological treatments of obsessive compulsive disorder: a meta-analysis. *Psychopharmacology (Berl)*. 1998;136(3):205-16.
27. O'Kearney RT, Anstey KJ, von Sanden C. Behavioural and cognitive behavioural therapy for obsessive compulsive disorder in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006;18(4):CD004856.
28. Watson HJ, Rees CS. Meta-analysis of randomized, controlled treatment trials for pediatric obsessive-compulsive disorder. *J Child Psychol Psychiatry*. 2008;49(5):489-98.
29. Rosa-Alcázar AI, Sánchez-Meca J, Gómez-Conesa A, Marín-Martínez F. Psychological treatment of obsessive-compulsive disorder: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev*. 2008;28(8):1310-25.
30. van Oppen P, van Balkom AJ, de Haan E, van Dyck R. Cognitive therapy and exposure *in vivo* alone and in combination with fluvoxamine in obsessive-compulsive disorder: a 5-year follow-up. *J Clin Psychiatry*. 2005;66(11):1415-22.
31. Braga DT, Cordioli AV, Niederauer K, Manfro GG. Cognitive-behavioral group therapy for obsessive-compulsive disorder: a 1-year follow-up. *Acta Psychiatr Scand*. 2005;112(3):180-6.
32. Whittal ML, Robichaud M, Thordarson DS, McLean PD. Group and individual treatment of obsessive-compulsive disorder using cognitive therapy and exposure plus response prevention: a 2-year follow-up of two randomized trials. *J Consult Clin Psychol*. 2008;76(6):1003-14.
33. Borges CP, Meyer E, Ferrão YA, Souza FP, Sousa MB, Cordioli AV. Cognitive-behavioral group therapy versus sertraline for obsessive-compulsive disorder: five-year follow-up. *Psychother Psychosom*. 2011;80(4):249-50.
34. Sousa MB, Isolan LR, Oliveira RR, Manfro GG, Cordioli AV. A randomized clinical trial of cognitive-behavioral group therapy and

- sertraline in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry.* 2006;67(7):1133-9.
35. Gava I, Barbui C, Aguglia E, Carlino D, Churchill R, De Vanna M, et al. Psychological treatments versus treatment as usual for obsessive compulsive disorder (OCD). *Cochrane Database Syst Rev.* 2007;18(2):CD005333.
36. Ball SG, Baer L, Otto MW. Symptom subtypes of obsessive-compulsive disorder in behavioral treatment studies: a quantitative review. *Behav Res Ther.* 1996;34(1):47-51.
37. Simpson HB, Liebowitz MR, Foa EB, Kozak MJ, Schmidt AB, Rowan V, et al. Clomipramine in obsessive-compulsive disorder. *Depress Anxiety.* 2004;19(4):225-33.
38. Fals-Stewart W, Marks AP, Schafer J. A comparison of behavioral group therapy and individual behavior therapy in treating obsessive-compulsive disorder. *J Nerv Ment Dis.* 1993;181(3):189-93.
39. Cordioli AV, Heldt E, Bochi DB, Margis R, de Sousa MB, Tonello JF, et al. Cognitive-behavioral group therapy in obsessive-compulsive disorder: a randomized clinical trial. *Psychother Psychosom.* 2003;72(4):211-6.
40. Jónsson H, Hougaard E. Group cognitive behavioural therapy for obsessive-compulsive disorder: a systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand.* 2009;119(2):98-106.
41. Tolin DF, Maltby N, Dieffenbach GJ, Hannan SE, Worhunsky P. Cognitive-behavioral therapy for medication nonresponders with obsessive-compulsive disorder: a wait-list-controlled open trial. *J Clin Psychiatry.* 2004;65(7):922-31.
42. Simpson HB, Foa EB, Liebowitz MR, Ledley DR, Huppert JD, Cahill S, et al. A randomized, controlled trial of cognitive-behavioral therapy for augmenting pharmacotherapy in obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry.* 2008;165(5):621-30.
43. Tenneij NH, van Megen HJ, Denys DA, Westenberg HG. Behavior therapy augments response of patients with obsessive-compulsive disorder responding to drug treatment. *J Clin Psychiatry.* 2005;66(9):1169-75.
44. March JS, Frances A, Kahn DA, Carpenter D. The expert consensus guideline series: treatment of obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry.* 1997;58(Suppl 4):1-72.

6

ARISTIDES VOLPATO CORDIOLI
CRISTIANE FLÓRES BORTONCELLO
DANIELA TUSI BRAGA

Técnicas cognitivas no tratamento de pacientes com TOC

OBJETIVOS

- Familiarizar-se com os princípios e os métodos da terapia cognitiva (TC).
- Utilizar as técnicas cognitivas associadas às técnicas comportamentais de exposição e prevenção de resposta (EPR) no tratamento de pacientes com transtorno obsessivo-compulsivo (TOC).
- Educar o paciente sobre o modelo cognitivo e os fundamentos da terapia cognitiva.
- Capacitar o paciente a reconhecer e registrar seus pensamentos intrusivos catastróficos e suas crenças disfuncionais associados aos sintomas obsessivo-compulsivos (OC).
- Capacitar o paciente a utilizar técnicas cognitivas para a correção dos erros de avaliação e das crenças disfuncionais subjacentes aos sintomas OC.

A terapia de EPR foi a primeira abordagem psicológica verdadeiramente efetiva em reduzir os sintomas do TOC, passando a ser considerada desde os anos de 1970 um dos tratamentos de primeira linha para o transtorno. Entretanto, em torno de 30% dos pacientes não melhoravam. Muitos apresentavam dificuldades para aderir aos exercícios, e os abandonos eram muito comuns. Erros de avaliação e crenças disfuncionais, que eram observados nos pacientes com frequência, poderiam não só explicar tais dificuldades, como ter um papel importante no surgimento e na manutenção dos sintomas. Portanto, corrigi-los poderia melhorar a efetividade do tratamento.

Se, de fato, o acréscimo de técnicas cognitivas melhora ou não os resultados da terapia de EPR é uma questão que segue em aberto, embora a impressão clínica seja de que elas podem ser muito úteis e até relevantes para o tratamento de determinados grupos de pacientes como os citados. Mesmo sem comprovação experimental da vantagem desse acréscimo, seria, no entanto, precoce abandonar o modelo.¹ Acredita-se que a abordagem cognitiva nos pacientes citados prepare o terreno e torne viável a aplicação das técnicas comportamentais.

Embora possa haver alguma disputa no campo teórico entre o modelo comportamental, que se preocupa predominantemente com as manifestações comportamentais do TOC e em modificá-las por meio de exercícios de EPR, e o modelo cognitivo, que se preocupa com crenças disfuncionais e propõe sua correção por meio de técnicas cognitivas, na prática clínica, a terapia cognitiva deixou de ser vista como um modelo concorrente, e as técnicas cognitivas vêm sendo incorporadas de forma gradual às técnicas comportamentais, que continuam sendo consideradas as estratégias cruciais para o tratamento dos sintomas OC. Como consequência, a designação “terapia cognitivo-comportamental” (TCC) vem sendo paulatinamente adotada.

Neste capítulo, serão descritas as técnicas cognitivas mais utilizadas na terapia do TOC. Será dada ênfase à psicoeducação do paciente sobre o modelo cognitivo, abordando o papel de pensamentos e crenças disfuncionais na origem e manutenção dos sintomas OC, na sua capacitação para identificá-los e registrá-los e no uso das técnicas cognitivas para corrigi-los. Serão, ainda, mencionadas as situações nas quais as referidas técnicas podem ser de utilidade e, portanto, indicadas, bem como as situações em que podem se tornar contraproducentes ou podem não ser úteis.

► TERAPIA COGNITIVA E TÉCNICAS COGNITIVAS NO TRATAMENTO DO TOC

A TERAPIA COGNITIVA NO TRATAMENTO DO TOC

Desde que se passou a valorizar os erros de avaliação, os pensamentos intrusivos negativos ou catastróficos e as crenças disfuncionais em pacientes com TOC, foi levantada a hipótese de que esses poderiam ter um papel relevante na origem e na manutenção dos sinto-

mas. Também ocorreu a ideia de testar a TC como alternativa à terapia de EPR. Com esse objetivo, foram realizados vários ensaios clínicos utilizando a terapia racional emotiva (TRE) de Albert Ellis e a TC baseada no modelo proposto por Aaron Beck, com resultados favoráveis.

Um estudo inicial com 21 pacientes comparou a eficácia da TRE à da terapia de EPR, tendo os resultados sido semelhantes.² Outro ensaio clínico controlado, com um total de 71 pacientes e 16 sessões, comparou a TC (modelo de Beck) à terapia de EPR. Um número maior de pacientes tratados com TC melhorou quando comparados aos tratados com terapia de EPR.³ Outro estudo randomizado, com 75 pacientes, verificou eficácia semelhante da TC comparada à terapia de EPR em reduzir os sintomas OC e eficácia superior em reduzir os sintomas depressivos, comorbidade relativamente frequente em pacientes com TOC.⁴ Dois outros estudos ainda compararam a eficácia da TC à da terapia comportamental, tendo o resultado sido semelhante, tanto no curto como no longo prazo.^{5,6}

Ainda que os resultados desses estudos fossem favoráveis, surgiram algumas questões. Os ensaios clínicos com TC foram questionados se de fato utilizavam exclusivamente intervenções cognitivas ou se, na verdade, embora de forma indireta, não usavam a exposição e a prevenção de rituais da terapia comportamental ao proporem, por exemplo, experimentos comportamentais.⁷ Também se discute se seriam as mudanças no pensamento (obsessões) os fatores responsáveis pelas mudanças no comportamento (compulsões), como propunha a TC, ou o contrário – as mudanças comportamentais é que determinariam as mudanças nos pensamentos e nas crenças. Um estudo mais recente, por exemplo, verificou que a mudança nas compulsões mais do que nas obsessões foi um melhor preditor dos efeitos do tratamento, sugerindo que a mudança nas

compulsões seja o fator crítico para a melhora dos sintomas do TOC, tanto na terapia comportamental como na cognitiva.⁸

DIFICULDADES PRÁTICAS

O uso da terapia cognitiva como estratégia alternativa à EPR, embora efetiva, não se firmou possivelmente por algumas dificuldades práticas. Sua aplicação é mais complexa, exige embasamento maior do terapeuta e treinamento mais específico. Contudo, o bom senso e a experiência no tratamento das fobias recomendam que, de alguma forma (direta ou indireta), seja proposto ao paciente com TOC que apresenta comportamentos evitativos que se expõe e se abstém de executar rituais, como forma de provocar exposições. A exposição “ao vivo” é a abordagem mais efetiva para esses sintomas. É difícil imaginar uma terapia para o TOC sem essas duas intervenções, que são tipicamente comportamentais, e justificar do ponto de vista teórico.

O uso de técnicas cognitivas exige, também, algumas condições do paciente:

- 1 que tenha alguma capacidade de ser introspectivo;
- 2 que pensamentos automáticos catastróficos e crenças disfuncionais precedendo os rituais sejam identificados. Elas podem ser de pouca ou nenhuma ajuda para o tratamento de rituais não precedidos por sessões mas apenas por fenômenos sensoriais do tipo *not just right* comuns no TOC (alinhadores), com repetições diversas (tocar, bater, raspar), ou em pacientes com compulsões por acumular.

Também é difícil o uso das técnicas cognitivas baseadas no raciocínio lógico como o exame de evidências, quando os fenômenos cognitivos subjacentes se fundamentam predominantemente no pensamento mágico ou nas

leis da magia simpática (lei do contato e lei da semelhança, agir a distância ou no futuro), observados em diversos quadros do TOC do tipo supersticioso, ou mesmo em obsessões e compulsões de contaminação. Medos que envolvem as leis da magia simpática (transmissão de uma característica boa ou ruim pelo contato ou pela semelhança) dificilmente são abolidos pela comprovação da falta de evidências para esse tipo de crença. Geralmente os pacientes reconhecem que a crença não tem fundamento, mas nem por isso deixam de executar os rituais e de ter os comportamentos evitativos comuns associados às superstições do TOC.

E, por último, deve-se mencionar que o aumento da eficácia do tratamento, tanto no curto como no longo prazo, com o acréscimo das técnicas cognitivas à terapia de EPR, ainda não foi claramente confirmado.^{1,9-11} Não foi comprovado, por exemplo, se a adesão aos exercícios é maior quando o enfoque adotado é a TCC e se ela seria mais eficaz na redução da intensidade das ideias supervalorizadas do que a terapia de EPR. Uma diferença, entretanto, parece consistente: a taxa de abandonos na TCC é menor do que a observada em pacientes que realizam terapia de EPR.¹¹

QUANDO O USO DE INTERVENÇÕES COGNITIVAS É INDICADO

Na prática clínica da TCC para o TOC, duas intervenções cognitivas têm sido utilizadas como regra: a psicoeducação e os experimentos comportamentais (que confirmam ou desconfiram uma crença). As demais técnicas podem ser muito úteis para pacientes cujas crenças disfuncionais afloram com facilidade, mesmo tendo predominantemente compulsões, mas, sobretudo, são úteis para determinados grupos de pacientes, como os que apresentam como problema central dúvidas intermináveis, ruminações mentais relacionadas a necessidade de ter certeza, culpa e responsabilidade

excessivas, considerados temas difíceis de serem abordados com técnicas exclusivamente comportamentais. Nesses pacientes, o uso de técnicas cognitivas pode fazer a diferença. Outro grupo que pode se beneficiar são os pacientes com pensamentos indesejáveis de conteúdo violento, blasfemo ou sexual, com a finalidade de corrigir erros de avaliação e de interpretação, extremamente comuns nesses pacientes, como os relacionados à fusão do pensamento e da ação (pensar equivale a praticar ou indica risco de praticar). E, por último, ainda podem se beneficiar pacientes com crenças supervalorizadas, muitas vezes sem *insight* sobre a natureza dos seus sintomas e, consequentemente, sem motivação para tratamento, que não aderem às tarefas de EPR. Para estes, a abordagem e a correção de tais crenças e convicções pode representar uma chance de incluí-los na terapia. De modo geral, na prática clínica, tem-se a impressão de que a identificação e a correção de pensamentos catastróficos e avaliações erradas associados aos sintomas OC dá a certos pacientes uma sensação de maior domínio sobre a doença, reduz os níveis de ansiedade e melhora a adesão aos exercícios de EPR.

INTRODUÇÃO DAS TÉCNICAS COGNITIVAS À TERAPIA DE EPR

Como regra, o tratamento psicoterapêutico para o TOC inicia com as técnicas de EPR, especialmente quando predominam compulsões de limpeza e verificações, os sintomas são leves ou moderados, o paciente tem bom *insight* e adere com facilidade aos exercícios. As técnicas cognitivas são introduzidas, em geral, na terceira ou na quarta sessão, depois que os exercícios de EPR começaram. É um bom momento para familiarizar o paciente com o modelo cognitivo e treiná-lo no uso associado das técnicas cognitivas, a partir dos próprios exercícios. A introdução segue as seguintes etapas:

- 1 psicoeducação sobre o modelo cognitivo no tratamento do TOC;
- 2 treino na identificação e no registro dos pensamentos intrusivos, das avaliações distorcidas, e na identificação das crenças disfuncionais;
- 3 uso de técnicas cognitivas e integração com os exercícios de EPR.

► PSICOEDUCAÇÃO DO PACIENTE SOBRE O MODELO COGNITIVO

Muitos pacientes chegam à terapia com crenças fortemente arraigadas de que seu TOC é uma doença decorrente de um “desequilíbrio químico” ou resultante de um “defeito genético”. Outros têm dificuldade em separar comportamentos “normais” relacionados a saúde e higiene pessoal, e a cuidados que se deve ter com a segurança pessoal e da família de rituais excessivos e evitações do TOC. A TCC é um processo colaborativo caracterizado como uma descoberta guiada, no qual o paciente, com o auxílio do terapeuta, é orientado a desafiar cognitivamente suas avaliações e crenças errôneas e a aceitar uma explicação alternativa mais realística para suas obsessões e para a necessidade de fazer rituais e, com isso, aprender a lidar com elas de forma mais adaptativa. O objetivo, portanto, é auxiliá-lo a identificar os pensamentos intrusivos catastróficos que implicam erros de percepção e avaliação da realidade (exagerar o risco), além de gerar uma interpretação errada em relação à presença dessas cognições e uma necessidade de controlá-los (avaliação secundária/metacognições); perceber a inutilidade dos esforços para controlar os pensamentos, a necessidade de conviver com a incerteza, a possibilidade de ocorrerem falhas a todo custo preveni-las, ou ainda, tentar suprimir ou afastar pensamentos indesejáveis, o que acaba por aumentar sua

EXEMPLOS DE PENSAMENTOS INTRUSIVOS CATASTRÓFICOS

“Posso pegar aids”, ao tocar na maçaneta de um banheiro público, ou “alguém da minha família pode morrer” porque não alinhou os chinelos no pé da cama.

Avaliações distorcidas e catastróficas envolvendo risco e responsabilidade:

“Se eu cometer esse erro, posso ser preso”.

As consequências são as evitações e os rituais.^{1,12-18}

interpretação dos quais o paciente não se dá conta, mas que influenciam suas emoções (medo, ansiedade) e sua conduta (executar rituais, adotar comportamentos evitativos).

Pode existir, ainda, uma interpretação negativa da ocorrência de um pensamento ou sobre o que significa estar tendo um determinado pensamento inaceitável (metacognição). Essas interpretações podem ser facilmente identificadas em pacientes com pensamentos inaceitáveis de conteúdo violento, sexual próprio ou blasfemo (“Estar tendo esse pensamento significa que sou uma pessoa ruim” ou “Ter esses pensamentos significa que posso ser um molestador de crianças”). Também são facilmente identificadas em pacientes com dúvidas obsessivas, necessidade de ter certeza, excesso de responsabilidade e de verificações frequentes (“Se eu não tiver certeza posso...”) e naqueles perfeccionistas (“Se eu cometer essa falha, significa que nada do que fiz tem valor”).

De acordo com o modelo cognitivo, as avaliações e interpretações catastróficas são as responsáveis pela ansiedade, pelo medo, pelo desconforto e impelem o indivíduo a fazer algo para afastar a ameaça: executar rituais, adotar comportamentos evitativos, tentar afastar os pensamentos indesejáveis, lutar contra, vigiá-los. Essas medidas proporcionam alívio temporário, mas contribuem para perpetuar os sintomas OC por dois motivos: os rituais são reforçados pelo alívio imediato do desconforto, pela remoção temporária da obsessão e pela sensação de que a ameaça foi afastada. Impedem, no entanto, o indivíduo de aprender que suas avaliações não são realísticas (p. ex., de que ter um pensamento indesejável de conteúdo violento não indica um risco de cometê-lo) e, por esse motivo, acabam preservadas.^{16,17,19} Em resumo: situações, objetos ou pessoas ativam pensamentos intrusivos de natureza catastrófica que têm como consequências ansiedade, medo, rituais e evitações, como pode ser visto na Figura 6.1. É importante

frequência e intensidade objetiva ainda que o paciente perceba que vigiar objetos, lugares ou pessoas, da mesma forma, aumenta a frequência das obsessões.

O MODELO COGNITIVO

Educar o paciente no modelo cognitivo do TOC deve incluir uma introdução de conceitos básicos, como os conceitos de “pensamentos intrusivos”, “avaliações erradas” e “crenças disfuncionais”, ilustrando-os com exemplos, e a noção de que pensamentos influenciam as emoções e o comportamento. No caso específico do TOC, emoções disfuncionais como o medo, a ansiedade, os rituais e as evitações são resultantes de pensamentos intrusivos catastróficos ativados por determinados lugares, do toque em certos objetos ou da aproximação de certas pessoas. Subjacentes a esses pensamentos existem crenças distorcidas e até erradas (sobre riscos, responsabilidade, poder do pensamento, etc.) e erros de avaliação e inter-

ilustrar os conceitos de situações ativadoras, pensamentos intrusivos catastróficos, crenças disfuncionais e consequências (Modelo ABC) com exemplos do próprio paciente.

► IDENTIFICAÇÃO E REGISTRO DE PENSAMENTOS E CRENÇAS DISFUNCIONAIS

Uma vez que o paciente tenha compreendido as premissas básicas do modelo cognitivo, a consolidação desse aprendizado ocorrerá com o treinamento prático na identificação das situações ativadoras (locais, objetos, pessoas), dos pensamentos intrusivos e das crenças disfuncionais (erros de avaliação do risco e da responsabilidade, erros de interpretação sobre a presença dos pensamentos) ativados nessas ocasiões e das consequências comportamentais, emocionais e cognitivas. Com essa finalidade, é interessante realizar alguns exercícios

de identificação dos pensamentos intrusivos negativos ou catastróficos que invadem a cabeça do paciente quando entra em contato com objetos, locais, pessoas ou situações que ativam suas obsessões (utilizar exemplos do próprio paciente ou revisar o mapa do TOC solicitado por ocasião da avaliação inicial). Para o exercício, pode ser utilizado o Formulário 6 (Registro de Pensamentos Disfuncionais – RPD).

Para realizar o exercício, o terapeuta solicitará ao paciente que lembre uma ocasião em que sentiu medo intenso e que em razão do qual foi compelido a executar um ritual ou a evitar o contato (não tocou em algum objeto, procurou se afastar, teve que lavar as mãos, foi tomado por uma dúvida, fez uma verificação) e fará a si mesmo as seguintes perguntas:

- 1 Qual foi a situação ativadora (ou provocadora) (objeto, local, pessoa)?
- 2 O que passou pela sua cabeça na ocasião (qual foi o pensamento)? Ou o que imagi-

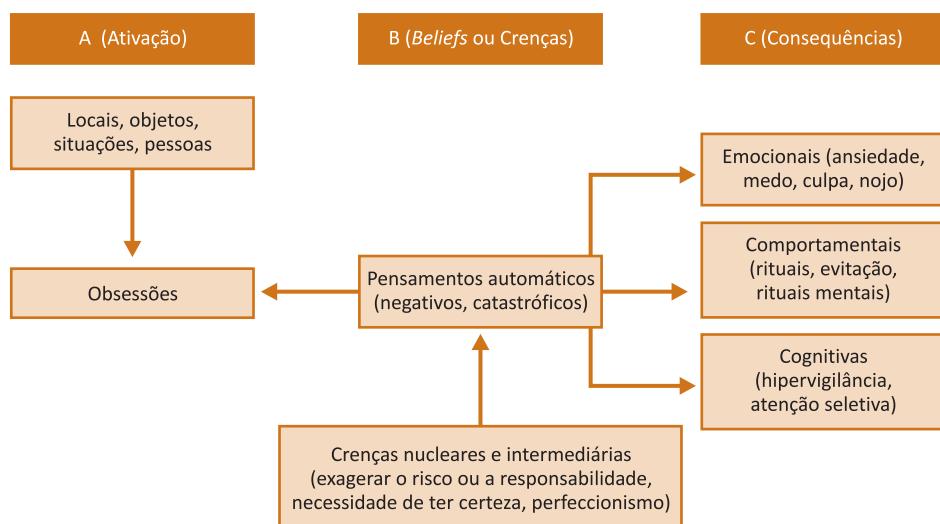


FIGURA 6.1 > O MODELO COGNITIVO DO TOC.

na que poderia ter pensado, caso não se lembre?

- 3 O que sentiu na ocasião (medo, ansiedade, desconforto físico, nojo)?
- 4 O que se sentiu compelido a fazer (ou deixar de fazer) (ritual, repetiu certos atos para ter certeza, evitou o contato, executou um ritual mental, tentou afastar o pensamento, fez perguntas para outras pessoas, etc.)?
- 5 Qual a crença disfuncional (ou erro de avaliação ou de interpretação) subjacente ao pensamento obsessivo (p. ex., “Ter esse pensamento é tão imoral quanto praticá-lo” ou “Se eu não desligar de novo esse aparelho, alguém pode morrer”)?

A seguir, o terapeuta transcreverá as respostas para o Registro de Pensamentos Disfuncionais (RPD) Formulário 6. Esses exercícios podem ser repetidos algumas vezes no consultório e, depois que o paciente dominá-los, fazer parte das tarefas de casa.

Alguns autores utilizam exercícios diários de automonitoramento, para ajudar os pacientes a identificar cada vez melhor os fatores externos (locais, situações) e internos (pensamentos e crenças disfuncionais, medos, ansiedade), comportamentos evitativos ou de segurança, como a busca de garantias, por meio de perguntas repetidas.²⁰ Os pensamentos intrusivos e as interpretações que provocam são facilmente identificáveis em pacientes com sintomas relacionados a contaminação, dúvidas obsessivas/verificações e pensamentos indesejáveis; são difíceis de serem identificados em colecionistas, em pacientes com obsessões e compulsões por alinhamento/simetria, com repetições diversas ou com compulsões relacionadas ao nojo.

Uma vez que o paciente consiga identificar os pensamentos disfuncionais e fazer seu registro, poderá ser introduzido nos exercícios cognitivos. Diversos autores propuseram estra-

tégias cognitivas para corrigi-los as quais devem ser utilizadas associadas à terapia de EPR e adaptadas para a abordagem de crenças disfuncionais típicas do TOC.^{18,19,21-26} A seguir, será apresentado um breve resumo das técnicas que o terapeuta irá usar para corrigir pensamentos disfuncionais registrados no RPD.

QUESTIONAMENTO SÓCRATICO

O objetivo do questionamento socrático é auxiliar o paciente a usar o raciocínio lógico (ou exame de evidências) para corrigir seus erros de avaliação e de interpretação da realidade e substituí-los por formas mais realistas e adaptativas de ver as coisas, inclusive de avaliar e interpretar seus próprios pensamentos (metacognições).

Na realização do exercício, o paciente será convidado a encarar seus pensamentos intrusivos e suas convicções não como verdades, mas como meras hipóteses, que irá manter caso consiga ter evidências a favor ou rejeitará se as evidências observadas no cotidiano forem contrárias. O objetivo, portanto, é educá-lo para que, de forma sistemática, consiga adotar uma atitude introspectiva e reflexiva e, sobretudo, crítica, em relação às suas crenças e afirmativas, não as tomando automaticamente como verdadeiras, levando em conta o fato de que o TOC o induz a erros sistemáticos de avaliação dos riscos e da responsabilidade, entre outros. Sabendo disso, o paciente deverá estar sempre atento para essas possibilidades e se perguntar se seus medos têm, de fato, fundamentos consistentes ou se são totalmente infundados.

COMO FAZER O QUESTIONAMENTO SÓCRATICO OU O EXAME DE EVIDÊNCIAS

A partir da identificação de um pensamento catastrófico no RPD ou mesmo durante a ses-

são (do relato de um ritual, evitação, neutralização ou simplesmente de um medo), o terapeuta solicita que o paciente identifique pensamentos intrusivos ou crenças, aponte as evidências a favor e contra tais pensamentos ou afirmativas (crenças) e pense na possível existência de explicações alternativas.

- Que evidências (conhecimento médico, fatos, pesquisas) comprovam que seus medos têm fundamento? Quais são as evidências contrárias? Por exemplo: existe alguma evidência de que se pode contrair HIV pisando em uma mancha de sangue na rua? Alguma pessoa já adquiriu o vírus dessa forma? Ou existem evidências contrárias? O que é necessário para se contrair o HIV?
- O que você imagina que irá acontecer se tocar no que evita (contaminação, doença, morte)? E o que, de fato, acontecerá? Quais as chances (de 0 a 100%) de que de fato aconteça?
- Existem explicações alternativas à existência do TOC para ter esses medos, que são exagerados, e que outras pessoas não apresentam? O que é mais provável?
- O que a maioria das pessoas (ou fulano) que não têm TOC diria sobre seus medos? Como a maioria dos indivíduos se comporta em situações semelhantes?

QUEBRANDO O PENSAMENTO DICOTÔMICO

O quanto você acredita (de 0 a 100%) que, tocando nas coisas que evita ou deixando de executar seus rituais, possa contrair doenças? Essa é a pergunta que pode auxiliar a minar a rigidez de uma crença. Geralmente, o paciente não tem 100% de certeza de que seus medos de contaminação têm uma base real, o que permite propor-lhe que os considere apenas hipóteses, faça o exame das evidências e con-

ceba, ainda, a possibilidade do pensamento alternativo, de que seus pensamentos catástroficos e medos sejam decorrentes da tendência a exagerar o risco das coisas por ter TOC e de que talvez o mundo não seja tão perigoso quanto lhe parece.

Quando as crenças não são muito rígidas e o paciente consegue ter um pensamento racional, o questionamento socrático pode representar uma importante ajuda. Entretanto, quando os desfechos são temidos no longo prazo, como alguém da família poder contrair câncer no futuro, não há, muitas vezes, forma alguma de desconfirmação convincente.²⁷

O questionamento socrático pode ser útil para medos de contaminação. Com as devidas adaptações, pode ser útil, ainda, no tratamento de pensamentos indesejáveis de conteúdo violento, sexual impróprio ou de dúvidas em relação à orientação sexual. As evidências a serem confrontadas são mais subjetivas, como os desejos e sentimentos associados (se existe ou não o desejo de praticar ou repugnância; se os sentimentos associados são agradáveis ou desagradáveis; se existem evidências na história passada de praticar os comportamentos temidos e se eles são ou não congruentes com os valores morais ou com a natureza do indivíduo). Essas questões serão aprofundadas no Capítulo 12, que aborda os pensamentos inaceitáveis ou repugnantes.

QUESTIONANDO A NECESSIDADE DE TER CERTEZA

Para alguns pacientes com TOC, o questionamento sobre evidências pode ser contraproducente, sobretudo para aqueles que apresentam como crença central a necessidade de ter certeza e fazem verificações compulsivas com essa finalidade. Em muitas situações, obter 100% de certeza é impossível (p. ex., de que não se contaminou com H1N1, ou de que uma determinada pessoa não ficou magoada com

um comentário que fez). O questionamento pode ser inócuo pelo simples fato de que o paciente racionalmente reconhece as evidências contrárias às suas crenças, o que, entretanto, não é suficiente para abandoná-las, pois não lhe trazem a certeza desejada. Um paciente, por exemplo, repetiu o teste de HIV mais de 40 vezes e nem por isso estava tranquilo de que não estava contaminado. O objetivo da TCC, na verdade, não é de que o paciente se convença de que não houve o risco, mas de aprender a conviver com a incerteza.²⁸

Mais um exemplo clínico: um paciente masculino, 30 anos, apresentava como sintomas principais preocupação exacerbada com contaminação por sangue (HIV e hepatite) e medo obsessivo de provocar um acidente. Sempre que se deparava com situações ativadoras (no chão, manchas de sangue do churrasco que fizera na casa de amigos), ao chegar em casa, repassava várias vezes tudo o que havia acontecido (estavam assando churrasco, não vira ninguém que se cortara, não estava com nenhum corte, para ter certeza de que não estaria contaminado e de que não iria contaminar a parceira), o que, todavia, era inútil. Quando dirigia e escutava algum barulho suspeito no carro, de imediato pensava que poderia ter atropelado uma pessoa e, muitas vezes, precisava dar a volta na quadra para se certificar de que nada ocorreu. Ao chegar em casa, necessitava repassar mentalmente os fatos e falar consigo mesmo: “Voltei ao local, não havia corpo algum e não havia manchas de sangue; portanto, posso ficar tranquilo, pois não atropelei ninguém”. Acompanhava o noticiário da semana para se certificar de que não havia acontecido acidentes no local naquela data. Para esse paciente, foi útil entender que seu problema principal era querer ter certeza absoluta dos fatos por meio das checagens mentais – o que era impossível – e que repassar os fatos acabava aumentando a incerteza. A abor-

dagem da intolerância à incerteza será aprofundada no Capítulo 11.

► TÉCNICA DAS DUAS TEORIAS OU DAS DUAS ALTERNATIVAS (A E B)

Uma forma simples de questionar pensamentos e crenças distorcidas e de modificar a interpretação errônea a respeito de um sintoma é construir e testar uma explicação alternativa que seja, ao mesmo tempo, lógica, plausível e coerente com os fatos. Isso pode ser feito realizando-se o exercício proposto por Salkovskis – a “técnica das duas teorias”.²⁴ O exercício sugere que o paciente opte entre duas explicações ou hipóteses alternativas, mas completamente contraditórias. Seu objetivo principal é melhorar o *insight* sobre seus sintomas, separando com mais clareza o que são comportamentos “normais”, adaptativos, saudáveis ou excessivos e desadaptativos. Esse exercício pode ser utilizado em inúmeras situações, nas quais o paciente é compelido a executar rituais, rituais mentais, repetições, etc.

A TÉCNICA DAS DUAS TEORIAS OU DUAS HIPÓTESES PARA MEDOS DE CONTAMINAÇÃO

O exercício pode ser proposto da seguinte forma para pacientes com medos de contaminação:

Temos duas teorias (ou hipóteses) alternativas para os seus medos de contaminação, e você deve concluir qual delas lhe parece mais plausível.

Teoria A: Você está, de fato, contaminado e precisa se lavar porque pode contaminar sua família e ser responsável por doenças e, quem sabe, pela morte de familiares.

Pelo resto da sua vida, você deve seguir fazendo as lavagens que realiza.

Teoria B: Você é uma pessoa muito sensível ao medo de ser contaminado pelo fato de ter TOC e reage a esse medo de uma forma que compromete sua vida: fazendo lavagens seguidas (p. ex., seis vezes seguidas) e de modo excessivo.

Qual dessas duas alternativas, A ou B, lhe parece a mais provável? Você já tentou lidar com esse problema de acordo com a segunda hipótese, ou seja, como se fosse um problema de preocupação ou medo excessivo, ou um sintoma do TOC, e não uma possibilidade real?

A TÉCNICA DAS DUAS TEORIAS PARA PENSAMENTOS SUPERSTICIOSOS

A técnica das duas teorias pode ser utilizada para corrigir a maioria dos medos e das crenças erradas, mesmo os de origem supersticiosa, que, conforme abordado, dificilmente se modificam com argumentação lógica. Por exemplo, digamos que alguém tenha muito medo de tocar em mendigos, pois acredita que pode se tornar um deles.

Teoria A: Essa é uma possibilidade real, e você jamais deve ter qualquer contato com mendigos, pois poderá, de fato, se tornar um deles.

Teoria B: Esses são pensamentos e medos decorrentes do fato de você ter TOC; diante dessa e de outras situações semelhantes, sua mente é invadida por medos excessivos, que o levam a evitar tais contatos, e, mesmo que não consiga mencionar qualquer fundamento para tais me-

dos, você os respeita rigidamente, e eles lhe causam problema.

Qual das duas teorias é a mais provável?

Esse mesmo exercício pode ser utilizado, ainda, para auxiliar o paciente a fazer crítica e desenvolver *insight* a respeito de outros sintomas, como obsessões de conteúdo inaceitável (agressivos, sexuais, blasfemos), em que acredita que pensar indica risco de cometer (fusão do pensamento e da ação) ou quando pratica rituais excessivos (verificações, lavagens, alinhamento, acumulação compulsiva, etc.).

> EXERCÍCIO DO TRIBUNAL (OU DO JÚRI)

Uma forma de questionar excesso de responsabilidade e culpas excessivas é solicitar ao paciente que atue como promotor público, como advogado de defesa para discutir seu próprio caso e como juiz cuja sentença deve levar em conta os argumentos objetivos da acusação e da defesa. É um exercício interessante para utilizar com pacientes excessivamente responsáveis, atormentados pelo medo de cometer falhas, por escrúpulos, dúvidas e culpas.

Para provar sua “culpa”, o paciente deve encontrar argumentos sólidos, como a prova empírica real (“Quais são os fatos?”), se houve ou não intenção de cometer determinada falha ou se foi totalmente involuntária, e provar efetivamente que teve um papel crucial para que as coisas acontecessem da forma como aconteceram. Muitas vezes, o que existe é apenas um nexo temporal entre os fatos, o que é tomado como uma relação de causa e efeito. Nesse tipo de raciocínio, participações remotas têm o mesmo peso das ocorridas imediatamente antes dos fatos. Com frequência, é mais difícil para o paciente ser o promotor, porque

geralmente a única evidência de culpa (ou responsabilidade) é de natureza emocional, seu sentimento subjetivo, sem qualquer prova material.

Feita a acusação, a seguir, ele desempenha o papel de advogado de defesa: “Que fatos provam que você não foi o responsável?” ou “O que você diria em sua defesa?”. Ao terapeuta, cabe o papel de avaliar a qualidade das provas e excluir do registro provas vagas ou boatos, como “Eu ouvi uma vez que...”, ou argumentos irracionais do tipo “Sinto que sou o culpado...”. Com base nas provas levantadas como promotor e como advogado de defesa, o próprio paciente dará seu veredito: culpado ou absolvido, que terá que fundamentar ao terapeuta.

► PIZZA OU TORTA DA RESPONSABILIDADE

Um exercício que pode ser útil para corrigir crenças distorcidas envolvendo excesso de responsabilidade, um problema muito comum no TOC, é a elaboração da chamada *pizza* ou torta da responsabilidade, na qual cada fatia representa o percentual de responsabilidade atribuído a si próprio e a outros fatores. As fatias correspondem à importância que os diferentes fatores podem ter (ou tiveram) para que um fato ruim tenha acontecido. O exercício pode auxiliar o paciente a se avaliar de forma mais realista na questão da responsabilidade, a se dar conta de que outros fatores podem concorrer para um determinado evento ruim e de que ele não é o inteiro e exclusivo responsável, como é sua tendência a concluir. É bom lembrar, ainda, que nem todos os fatores que concorrem para um desfecho o fazem de forma igual ou têm o mesmo peso. Alguns são determinantes, enquanto outros proporcionam contribuição mínima ou podem até não ter peso algum, e a simples proximidade ou sequênc-

cia temporal não implica necessariamente conexo causal. Alguns constituem uma condição necessária, sem a qual é impossível ocorrer determinado fato (sem fogo, não ocorre um incêndio), mesmo assim nem sempre suficiente.

Para fazer o exercício, primeiro se solicita ao paciente que faça uma lista dos fatores que podem concorrer direta ou indiretamente para um determinado evento negativo (doença, acidente, incêndio, arrombamento). Em um segundo momento, solicita-se que calcule, em uma escala de 0 a 100%, a participação de cada um deles, incluindo a si próprio, e depois desenhe uma *pizza* (ou torta), na qual cada uma das fatias corresponda, em tamanho, ao peso relativo dos fatores. Uma vez desenhada a *pizza*, solicita-se que compare os diferentes fatores entre si e com o peso de sua própria responsabilidade para julgar se correspondem à realidade.^{21,29}

O EXERCÍCIO DA PIZZA DA RESPONSABILIDADE: EXEMPLOS PRÁTICOS

Para ilustrar como se realiza o exercício da *pizza*, é descrito o exemplo a seguir, vivenciado por uma paciente que tinha a tendência a se responsabilizar por tudo o que ocorresse de errado em sua família. Em um fim de semana, o filho fora a uma festa com os amigos, bebera um pouco, apesar de saber que não poderia por estar dirigindo, e, na volta, batera o carro. Ela achava que a responsabilidade pelo acidente era toda sua porque emprestara o carro, e se sentia muito culpada pelo fato. O terapeuta propôs o exercício da seguinte forma:

- 1** Solicitou que ela fizesse uma lista dos possíveis fatores que poderiam contribuir para que o fato tivesse ocorrido. Ela listou:
 - a) imprudência e irresponsabilidade do motorista, que estava dirigindo depois de ter bebido;

- b) defeito mecânico do carro (falha do freio, etc.);
 - c) responsabilidade dos amigos, que deixaram seu filho dirigir depois de beber;
 - d) responsabilidade sua por ter emprestado o carro, etc.
- 2 A seguir, solicitou que ela atribuisse percentuais equivalentes aos pesos que, no seu entendimento, esses diferentes fatores poderiam ter tido ao contribuir para o acidente, incluindo na lista, por último, o seu percentual de responsabilidade.
- 3 Solicitou que dividisse a figura de uma pizza, colocando, em cada fatia, cada um os fatores listados e com o tamanho das fatias correspondendo ao percentual de responsabilidade (peso) atribuído a cada fator, levando em conta o quanto cada um fora determinante para que acontecesse o acidente.
- 4 Pediu que comparasse os percentuais de responsabilidade atribuídos aos fatores envolvidos, observando se correspondiam de fato ao que julgava, com o percentual atribuído à própria participação no evento e tirasse suas próprias conclusões.
- 5 Depois do exercício, a paciente se dera conta de que os fatores determinantes para o acidente haviam sido:
- a) o filho dirigir de forma imprudente depois de ter ingerido álcool (90% de responsabilidade);
 - b) os amigos não o terem impedido (10%); nenhuma sua, pois emprestar o carro não fora um ato determinante para o acidente. Antes do exercício, ela se considerava 100% responsável.

OUTRO EXEMPLO CLÍNICO

Um paciente com cargo de chefia em sua empresa sentiu-se inteiramente responsável e culpado pelo acidente de carro de um funcionário a quem concedera um dia de folga no trabalho

para visitar a mãe, que adoecera. Na volta, já à noite, vinha dirigindo em alta velocidade em uma rodovia movimentada e não percebera um cão atravessando a pista. Ao tentar desviar dele, capotara. Acreditava que era totalmente responsável pelo corrido, pois concedera a licença. Seu argumento era de que, se não houvesse concedido, o acidente não teria ocorrido. Foi feito o exercício da *pizza*, no qual identificou os seguintes fatores que poderiam ter corrido para o acidente:

- 1 imprudência do motorista, que dirigia em alta velocidade à noite em uma rodovia movimentada (70%);
- 2 azar de ocorrer um imprevisto (15%);
- 3 defeito do carro, que não suportara uma manobra brusca (5%);
- 4 culpa do animal, que atravessara a pista sem cuidado com o trânsito (5%);
- 5 condições adversas de visibilidade (5%). Deu-se conta de que realmente determinante para o acidente fora a imprudência do motorista, que dirigira à noite e em alta velocidade em uma rodovia movimentada, e que dar a licença não fora determinante para ocorrer o acidente.

► A SETA DESCENDENTE

Pensamentos intrusivos catastróficos (“posso contrair HIV”, “alguém da minha família pode morrer”) são muito comuns no TOC e estão associados à maioria dos sintomas. Uma boa maneira de identificá-los é usar a técnica da “seta descendente”, também conhecida como a técnica do “Se... então...”, ou “se isso acontecer, o que poderá acontecer a seguir?”. Ela permite examinar as consequências imaginadas (catastróficas) tanto no curto como no longo prazo.²²

O exercício é iniciado com a identificação de um pensamento catastrófico associado a

um sintoma do TOC, relacionado à possibilidade de acontecer uma falha, um desastre (incêndio, acidente de carro, morte, doença), e com a explicitação das consequências imaginadas, conectadas por setas. Elas dão a ideia das crenças intermediárias (suposições ou pressupostos) envolvendo causas e consequências, riscos e responsabilidades. Algumas questões auxiliam a explicitar as crenças: “E daí?” ou “E então?”, “Se isso aconteceu, o que pode ocorrer a seguir?”, “Se isso de fato ocorreu, o que significa para você?” ou, ainda, “O que de pior pode acontecer?”, e assim por diante, até que se tenha atingido a linha-base; em outras palavras, a pior consequência possível. Tanto as avaliações erradas como as crenças subjacentes podem ser posteriormente questionadas por outras técnicas cognitivas (exame de evidências, duas teorias, testes comportamentais, etc.).

A seguir, é apresentado um exemplo da técnica utilizada em um paciente com medos de contaminação por sangue. Ele estava andando de Kitesurf quando percebeu outra pessoa que também estava praticando o esporte ferida levemente na testa, de onde escorria sangue. Pensou: “Ele tem hepatite!”.

E se for verdade que ele tem hepatite?



O sangue vai contaminar a água.



A água contaminada toca no meu corpo.



Posso ter algum corte.



Tendo um corte, o sangue dele penetrará em minha corrente sanguínea.



Ficarei contaminado com o vírus da hepatite.



Então, contaminarei minha parceira.



Sou um irresponsável e uma pessoa ruim!
Não mereço continuar vivendo.

Esse exemplo ilustra o exercício, que deve ser adaptado para que o paciente consiga identificar, a partir de seus pensamentos catastróficos, as crenças intermediárias (“Se... então”) e nucleares sobre exagerar o risco e a responsabilidade sobre os eventos. Uma vez explicitadas, podem ser questionadas quanto a evidências, plausibilidade, evidências que apoiam a conclusão e se alternativas menos catastróficas e mais realistas são possíveis.

➤ EXPERIMENTOS COMPORTAMENTAIS

Uma forma muito efetiva de testar avaliações erradas, crenças disfuncionais ou pensamentos obsessivos catastróficos é desafiá-los na prática. Isso pode ser feito por meio dos chamados experimentos comportamentais, que não deixam de ser, também, formas de realizar exposição e prevenção de resposta. A realização de experimentos segue a recomendação básica de que o paciente deve se portar como um cientista diante dos sintomas, considerando seus pensamentos catastróficos ou suas crenças não como verdades, mas como meras hipóteses, em relação às quais irá testar as evi-

dências a favor ou contra, descartando, após o experimento, as que não se confirmarem. Experimentos comportamentais são ideais para vencer medos supersticiosos em relação aos quais o simples questionamento socrático ou exame de evidências geralmente é inócuo, pois não são lógicos, como foi comentado (“*Yo no creo en brujas, pero que las hay, las hay!*”). Devem ser planejados de acordo com os temores de cada paciente.

EXEMPLOS DE EXPERIMENTOS COMPORTAMENTAIS

- Revisar uma única vez o e-mail, o texto postado no Facebook ou no Twitter e observar o que acontece (se vai ser xingado por causa de erros, ou demitido).
- Deixar a torneira pingando durante uma hora e conferir se o banheiro ficou inundado.
- Pisar nas juntas das lajotas da calçada, pisar com o pé esquerdo ao se levantar, não fazer o sinal da cruz ao passar diante de uma igreja e observar o que acontece.
- Entrar em uma funerária, usar uma roupa preta ou vermelha, deixar os chinelos virados ou desalinhados no pé da cama e ver se alguém da família adoece ou vem a falecer.
- Quebrar a regra de fazer um ritual um determinado número de vezes (números de sorte/azar) e ver se acontece alguma desgraça (esfregar o sabonete ou ligar e desligar um aparelho determinado número de vezes usando o número de azar, deixar o volume da televisão em um número de azar).

➤ REAVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES NECESSÁRIAS PARA ACONTECER UMA DESGRAÇA

Os indivíduos com TOC, com muita frequência, têm crenças distorcidas sobre a possibilidade (riscos) de contrair vírus de doenças, como HIV,

H1N1, hepatite ou câncer, devido ao uso do celular. Muitas vezes, tais crenças são completamente erradas ou até bizarras, como acreditar que uma doença se transmite pelo telefone ou que se possa contrair o HIV tocando com o sapato em uma mancha de sangue (ou em um preservativo) na rua. O exercício da reavaliação das condições necessárias tem por objetivo corrigir crenças erradas sobre riscos (contaminação, incendiar a casa), reduzir a intensidade das obsessões e abrir caminho para os exercícios de exposição e prevenção de rituais. É muito útil, sobretudo, para interromper ruminações (dúvidas) obsessivas (“Será que me contaminei ou não com HIV?”).

Esse exercício é realizado em duas etapas:

- 1 Estabelecer as condições necessárias, mas nem sempre suficientes, para se contrair determinada doença, como aids ou hepatite, ou para ocorrer um desastre (que a casa incendeie caso um eletrodoméstico tenha sido deixado ligado, ou haja um escapamento de gás). Isso pode ser feito por meio de leitura ou da consulta a um especialista de confiança (como se contrai HIV, hepatite) ou a sites especializados e confiáveis da internet;
- 2 Avaliar se todas as condições necessárias (e indispensáveis) foram preenchidas em uma ocasião específica (p. ex., quando rompeu o preservativo ao transar com uma garota que conheceu há pouco, beijou uma garota desconhecida em uma festa e depois descobriu que ela tinha uma afta na boca) e se as crenças têm algum fundamento (questionamento).

EXEMPLO PRÁTICO: QUAIS AS CONDIÇÕES NECESSÁRIAS PARA SE CONTRAIR HIV?

Vejamos, como exemplo, as condições que seriam necessárias para se contrair o vírus HIV

usando um banheiro público. O exemplo pode ser útil para questionar crenças de pacientes que têm medo de contrair aids cumprimentando pessoas, tocando em objetos, móveis, roupas, etc., utilizados por pessoas com câncer, homossexuais ou que apresentem algum ferimento nas mãos ou no rosto. Uma única condição como regra é insuficiente (não basta haver fogo para haver incêndio).

1 As condições necessárias (o que é preciso) para se contrair HIV são, basicamente, as seguintes:

- Deve haver contato com fluido ou secreção corporal (sangue, esperma, secreção vaginal, saliva) de pessoa contaminada.
- É indispensável que a pessoa tenha alguma lesão ou ferimento em algum ponto da pele ou mucosa por meio do qual o vírus possa penetrar na corrente circulatória.
- É necessário que os vírus contidos nos fluidos ou nas secreções penetrem na corrente sanguínea em quantidade razoável.
- O sistema imunológico, por algum motivo, não é eficiente em combater o vírus, e se desenvolve a infecção pelo HIV.

2 Verificar se as condições necessárias foram preenchidas em uma situação específica (p. ex., usando um banheiro público). Seria necessário que:

- uma pessoa HIV-positivo tivesse usado o banheiro antes;
- essa pessoa tivesse algum ferimento sangrando (sangue vivo);
- uma razoável quantidade de sangue contaminado estivesse presente no assento do vaso do banheiro, na torneira ou na maçaneta;
- o sangue fosse recente (vivo);

- o paciente tivesse uma lesão na pele e não enxergasse o sangue;
- no contato com o sangue contaminado, uma quantidade considerável do vírus penetrasse na circulação pela lesão;
- o sistema imunológico fosse incapaz de barrar o vírus, que se instalaria no organismo e geraria a infecção;
- a infecção pelo HIV se transformaria em aids.

QUESTIONAMENTO

- As condições necessárias são preenchidas, por exemplo, usando-se um banheiro público? Cumprimentando uma pessoa? O que seria necessário que estivesse ocorrendo? É possível contrair HIV tocando com o sapato em uma mancha de sangue na rua? Existe algum risco nessas situações?
- Quais as chances de que tenha ocorrido cada uma e todas essas condições? Ou, na verdade, os medos não têm fundamento? O que é mais provável?

Esse mesmo exercício pode ser feito supondo, por exemplo, que tenha sido esquecido o fogão aceso ou o ferro de passar ligado ao sair para o trabalho. Caso isso acontecesse, o que seria necessário para a casa incendiar?

O objetivo não é de que o paciente se convença de que não houve risco algum ou de que pode estar 100% seguro de que não se contaminou (ou de que a casa não irá incendiar). Em muitas situações, é impossível atingir um grau de certeza absoluta, o que pode ser motivo para novas e intermináveis checagens. Um exame de HIV-negativo, para muitos pacientes que têm medos de contaminação, mesmo negativo uma dezena de vezes, não é suficiente para eliminar seus medos obsessivos, conforme apontado. Na verdade, é importante que o paciente aprenda a conviver com a dúvida e a incerteza e com a possibilidade (real) de que

aconteçam as piores desgraças e a lidar com elas.²⁸ Esse tema será retomado em maior profundidade no Capítulo 11, sobre dúvidas obsessivas e verificações.

➤ CONSULTA A ESPECIALISTAS

Pacientes que têm medo de contaminação podem se valer da conversa com especialistas, de leituras ou de consultas a sites confiáveis para se informarem sobre a maneira como se dá a transmissão de certas doenças ou a contaminação, sobre o risco de deixar o fio de eletrônicos na tomada, ou se é recomendável desconectá-los todos os dias, ou sobre o risco de falar no celular. Tais informações podem auxiliá-los a perceber que sua crença ou seu pensamento catastrófico são distorcidos ou não têm fundamento. É interessante saber, por exemplo, como se dá a transmissão do vírus HIV, das hepatites, do vírus H1N1, os fatores de risco para o câncer, os riscos de um exame médico que use material radioativo, etc., e o que não representa nenhum risco (p. ex.

cumprimentar uma pessoa com HIV ou visitar um paciente com câncer no hospital).

➤ CÁLCULO DE VANTAGENS E DE DESVANTAGENS OU DO CUSTO/BENEFÍCIO

Um exercício interessante para reduzir sintomas como repetições, ruminações obsessivas e perfeccionismo é listar em duas colunas as vantagens e as desvantagens de determinado ritual, como o de revisar várias vezes a porta antes de deitar, o de lavar as mãos a todo momento ou o de dedicar muito tempo à limpeza da casa. Deve-se realizar a avaliação das duas listas e verificar se as vantagens compensam as desvantagens. É importante, nessa técnica, utilizar um sintoma específico.

EXEMPLO: VANTAGENS E DESVANTAGENS DE FAZER VERIFICAÇÕES DO FOGÃO

Ver Quadro 6.1.

EXEMPLO

Consulta a um especialista em contaminação por substâncias radioativas

Uma paciente passou a ser atormentada com a obsessão de estar contaminada após o vazamento de um material radioativo no laboratório no qual trabalhava. Desfez-se de sapatos, roupas e do tapete do carro. Não conseguia mais usar a bolsa e a carteira, pois temia que também estivessem contaminadas. Foi orientada, então, a levar os objetos a um laboratório equipado com detectores de radioatividade, onde foi constatado que o nível de radiação dos seus objetos era o mesmo da atmosfera. Tal constatação auxiliou-a a fazer os exercícios de EPR e a voltar a usá-los (sua intenção inicial era jogá-los fora). Deve-se lembrar que há sempre o risco de tal consulta ter o sentido de uma checagem e o paciente querer repeti-la.

QUADRO 6.1 > VANTAGENS E DESVANTAGENS DE FAZER VERIFICAÇÕES DO FOGÃO

	Não verificar	Verificar
Prós	<ul style="list-style-type: none"> • Enfrento o TOC. • Aprendo a conviver com a dúvida. • Diminuo as chances de ter necessidade de fazer o ritual. • Aprendo a dividir as responsabilidades. • Sinto-me vitorioso. 	<ul style="list-style-type: none"> • Acredito que evito desgraças e, com isso, fico mais calmo. • Saio de casa tranquila e aliviado. • Cuido da minha família e da minha casa.
Contras	<ul style="list-style-type: none"> • Minha ansiedade aumenta. • Não vou conseguir fazer as coisas na rua, pois ficarei pensando no fogão. • Se a casa pegar fogo, a culpa será minha. 	<ul style="list-style-type: none"> • Brigo com meus familiares, pois volto várias vezes e nos atrasamos para compromissos. • Perco muito tempo. • Mantenho os sintomas do TOC. • Não aprendo a conviver com a dúvida. • Sinto-me derrotado.

> LEMBRETES

Na TCC, é comum o uso de lembretes, que podem ser escritos no caderno de exercícios ou em um cartão e levados no bolso da camisa ou, ainda, em um pequeno cartaz e colado no espelho do banheiro. Os lembretes auxiliam no automonitoramento, a identificar os pensamentos intrusivos, a separá-los de outros fenômenos cognitivos e a interromper rituais motores ou mentais, ajudando o paciente nas tarefas de FPR.

EXEMPLOS DE LEMBRETES

- Riscos fazem parte da vida; não há como evitá-los, por mais que se queira!
 - Ninguém fica para semente!
 - Isso é TOC!
 - Olha o TOC!

- Crenças disfuncionais e erros de avaliação são comuns na maioria dos indivíduos com TOC; acredita-se que contribuem para a origem e a manutenção de muitos sintomas OC. Sua correção por meio de técnicas cognitivas reduz a ansiedade e favorece a adesão aos exercícios de EPR.

- Embora efetiva, a terapia cognitiva propriamente dita não tem sido utilizada na prática no TOC. Entretanto, técnicas cognitivas vêm sendo agregadas de modo gradual à terapia de EPR, cuja designação preferencial tem sido terapia cognitivo-comportamental.
 - O uso de técnicas cognitivas no TOC envolve a psicoeducação do paciente sobre o modelo cognitivo, a identificação e o registro de pensamentos intrusivos catastróficos e de crenças disfuncionais. Várias técnicas cognitivas têm sido adaptadas para uso no tratamento do transtorno: o questionamento socrático, a técnica das duas alternativas, a *pizza* da responsabilidade, o exercício do tribunal, a reavaliação das condições necessárias para ocorrer um evento negativo, a seta descendente, os experimentos ou testes comportamentais, a consulta a especialistas, o cálculo de vantagens e desvantagens (relação custo/benefício) e os lembretes.
 - Como regra, as técnicas cognitivas são associadas às técnicas comportamentais de EPR e são introduzidas depois do início dos exercícios de exposição e prevenção de resposta. Entretanto, em pacientes com sintomas muito graves, com crenças supervalorizadas que interferem na adesão aos exercícios, com pouco ou nenhum *insight*, com predomínio de obsessões de conteúdo indesejável, com ruminações ou dúvidas obsessivas e intolerância à incerteza, elas podem ser utilizadas antes mesmo dos exercícios de EPR.

> REFERÊNCIAS

- Clark DA. Focus on "cognition" in cognitive behavior therapy for OCD: is it really necessary? *Cogn Behav Ther.* 2005;34(3):131-9.
 - Emmelkamp PM, Beens H. Cognitive therapy with obsessive-compulsive disorder: a comparative evaluation. *Behav Res Ther.* 1991;29(3):293-300.
 - van Oppen P, de Haan E, van Balkom AJ, Spinhoven P, Hoogduin K, van Dyck R. Cognitive therapy and exposure in vivo in the treatment of obsessive compulsive disorder. *Behav Res Ther.* 1995;33(4):379-90.
 - Cottraux J, Note I, Yao SN, Lafont S, Note B, Mollard E, et al. A randomized controlled trial of cognitive therapy versus intensive behavior therapy in obsessive compulsive disorder. *Psychother Psychosom.* 2001;70(6):288-97.
 - combination with fluvoxamine in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *J Nerv Ment Dis.* 1998;186(8):492-9.
 - van Oppen P, van Balkom AJ, de Haan E, van Dyck R. Cognitive therapy and exposure in vivo alone and in combination with fluvoxamine in obsessive-compulsive disorder: a 5-year follow-up. *J Clin Psychiatry.* 2005;66(11):1415-22.
 - Abramowitz JS. Understanding and treating obsessive-compulsive disorder: a cognitive-behavioral approach. Mahwah: Erlbaum; 2006.
 - Anholt GE, Kempe P, de Haan E, van Oppen P, Cath DC, Smit JH, et al. Cognitive versus behavior therapy: processes of change in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Psychother Psychosom.* 2008;77(1):38-42.

9. James IA, Blackburn IM. Cognitive therapy with obsessive-compulsive disorder. *Br J Psychiatry.* 1995;166(4):444-50.
10. McLean PD, Whittal ML, Thordarson DS, Taylor S, Söchting I, Koch WJ, et al. Cognitive versus behavior therapy in the group treatment of obsessive-compulsive disorder. *J Consult Clin Psychol.* 2001;69(2):205-14.
11. Abramowitz JS. Hypochondriasis: conceptualization, treatment, and relationship to obsessive compulsive disorder. *Ann Clin Psychiatry.* 2005;17:211-7.
12. Rachman S, De Silva P. Abnormal and normal obsessions. *Behav Res Ther.* 1978;16: 233-48.
13. Obsessive Compulsive Cognitions Working Group (OCCWG). Cognitive assessment of obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther.* 1997;9: 237-47.
14. Rachman SJ. A cognitive theory of obsessions. *Behav Res Ther.* 1997;35:793-80.
15. Rachman SA. Cognitive theory of obsessions: elaborations. *Behav Res Ther.* 1998;36:385-401.
16. Salkovskis PM. Obsessional-compulsive problems: a cognitive-behavioural analysis. *Behav Res Ther.* 1985;23(5):571-83.
17. Salkovskis PM. Cognitive-behavioural factors and the persistence of intrusive thoughts in obsessional problems. *Behav Res Ther.* 1989;27:677-82.
18. Salkovskis PM. Understanding and treating obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther.* 1999;37:S29-S52.
19. Clark DA. Cognitive behavioral treatment of obsessive-compulsive disorders: a commentary. *Cogn Behav Pract.* 1999;6: 408-15.
20. Freeston MH, Ladouceur R. Exposure and response prevention for obsessional thoughts. *Cogn Behav Pract.* 1999;6:362-83.
21. Van Oppen P, Arntz A. Cognitive therapy for obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther.* 1994;33:79-87.
22. Freeston MH, Rhéaume J, Ladouceur R. Correcting faulty appraisal of obsessional thoughts. *Behav Res Ther.* 1996;34(5-6):433-46.
23. Freeston MH, Ladouceur R, Gagnon F, Thibodeau N, Rhéaume J, Letarte H, et al. Cognitive-behavioral treatment of obsessive thoughts: a controlled study. *J Consult Clin Psychol.* 1997;65(3):405-13.
24. Salkovskis PM, Forrester E, Richards C. Cognitive-behavioural approach to understanding obsessional thinking. *Brit J Psychiat.* 1998;173(Suppl. 35):53-63.
25. Clark DA. Cognitive-behavioral therapy for OCD. New York: Guilford; 2007.
26. Antony MM, Purdon C, Summerfelt LJ. Psychological treatment of obsessive-compulsive disorder: fundamentals and beyond. Washington: American Psychological Association; 2007.
27. Rachman S. Fear of contamination. *Behav Res Ther.* 2004;42(11):1227-55.
28. Grayson JB. OCD and Intolerance of Uncertainty: treatment. *J Cogn Psychotherapy.* 2010;24(1):3-15.
29. Leahy RA. Cognitive therapy techniques : a practitioner's guide. New York: Guilford; 2003.

7

ARISTIDES VOLPATO CORDIOLI

Avaliação clínica do paciente com TOC

OBJETIVOS

- Reconhecer os indícios de que um paciente possa apresentar transtorno obsessivo-compulsivo (TOC).
- Reconhecer as manifestações do TOC no momento atual e ao longo da vida do paciente.
- Identificar a presença de comorbidades, a idade de início e a presença de estressores associados aos sintomas obsessivo-compulsivos (OC).
- Avaliar a gravidade dos sintomas, a interferência nas rotinas do paciente e da família.
- Avaliar a presença de acomodação familiar e sua gravidade.
- Avaliar os fatores associados à resposta aos tratamentos: *insight*, motivação, presença de comorbidades.

Embora muito comum, o TOC continua sendo um transtorno pouco reconhecido pela população e subdiagnosticado pelos profissionais da saúde. Como consequência, a maioria dos indivíduos nunca procurou ajuda, e, quando isso é feito, geralmente se passaram muitos anos desde o início dos sintomas. Um estudo realizado em nosso meio constatou que os pacientes demoraram em média 18 anos, desde o início dos sintomas, para buscar tratamento.¹ A não procura se deve, em grande parte, ao desconhecimento da população a respeito da natureza dos sintomas OC. É comum, ainda, a tendência a considerá-los, em particular as compulsões, “manias” ou apenas hábitos excessivos ou exagerados, e não manifestações de um transtorno ou uma doença, que muitas vezes são percebidos apenas quando muito graves ou incapacitantes ou quando interferem drasticamente no funcionamento familiar.

Outra razão pela qual o TOC muitas vezes não é reconhecido é a natureza dissimulada da doença.² Indivíduos com TOC, por exemplo, ocultam dos demais suas dificuldades em usar banheiros públicos, a necessidade que têm de colocar os objetos em uma certa posição ou que necessitam beijar um número determinado de vezes a estatueta da Virgem Maria antes

de deitar. Muitos, ainda, são atormentados por pensamentos dos quais se envergonham e não se animam a compartilhar com mais ninguém, suportando seu sofrimento em silêncio, desamparados, com culpa, depressão e, não raro, desesperança e ideias de suicídio.

Por parte dos profissionais também existem várias dificuldades. Poucos em sua formação tiveram contato com pacientes que apresentavam TOC e a oportunidade de atendê-los, especialmente com terapia de exposição e prevenção de resposta (EPR). De modo geral, nos dias atuais, o transtorno ainda é pouco valorizado como problema relevante de saúde, embora esteja entre os mais importantes, e, nas rotinas de avaliação, geralmente não são previstas perguntas específicas sobre sintomas OC, que em geral passam despercebidos, a não ser quando graves ou incapacitantes. Como consequência, muitos indivíduos com TOC continuam sem diagnóstico e sem tratamento adequado.^{3,4} Um estudo recente mostrou que mais de 70% dos indivíduos identificados em uma pesquisa como tendo TOC não haviam, até então, sido diagnosticados por parte de seus médicos-assistentes.⁵ Um estudo realizado em nosso meio com 2.323 alunos do ensino médio, com idades entre 14 e 17 anos, verificou que 425 (18,3%) apresentavam sintomas OC e que 72 deles (3,3%) apresentavam TOC clínico. Entre estes, somente 9,3% estavam cientes de sua condição, e somente 6,7% já haviam realizado ou estavam em tratamento para o transtorno.⁶

Uma dificuldade adicional dos profissionais é proporcionar o tratamento adequado. Um estudo verificou que dois terços dos indivíduos com TOC encaminhados para tratamento em um centro universitário não estavam recebendo nenhum tratamento medicamentoso, ou estavam recebendo medicação inadequada ou não efetiva.⁷ Outro estudo, realizado no Reino Unido, verificou que 65% dos pacientes haviam recebido um inibidor da recapta-

ção de serotonina (IRS), e entre estes, apenas 39,4% haviam recebido na dose considerada a mais efetiva para o TOC. O estudo constatou, ainda, que somente 7,5% dos pacientes haviam recebido terapia cognitivo-comportamental (TCC),⁸ havendo, portanto, muito espaço para otimizar o tratamento.

A prevalência de sintomas OC é particularmente elevada entre pacientes que buscam clínicas dermatológicas, e, da mesma forma, em geral, não são reconhecidos. Um estudo mostrou que 42,7% dos pacientes de uma clínica dermatológica preenchiam critério para TOC, e apenas 14,6% deles haviam sido diagnosticados. Os sintomas mais comuns eram medos de contaminação/lavagens, dúvidas e verificações.⁹

O diagnóstico clínico de TOC apresenta algumas peculiaridades que eventualmente confundem os profissionais. Obsessões e compulsões não são manifestações exclusivas do transtorno – podem fazer parte de diversos transtornos mentais com os quais o TOC muitas vezes é confundido e podem, ainda, ser reação adversa de medicamentos, conforme descrito no Capítulo 2. Caracterizar de forma precisa os sintomas do TOC; distingui-los de manifestações de outros transtornos; identificar, por meio da história clínica, os fatores que permitem prever (pelo menos em parte) a resposta ao tratamento, seja ele farmacológico, psicoterápico ou ambos; ser capaz de prever eventuais dificuldades e impasses são os objetivos da avaliação inicial do paciente.

► IDENTIFICANDO OS INDIVÍDUOS QUE APRESENTAM TOC

O TOC, na maioria das vezes, conforme apontado, é uma doença silenciosa. Passam-se anos entre o início dos primeiros sintomas na infância ou na adolescência e o próprio paciente ou seus familiares desconfiarem de que algo

está errado. Acende-se uma luz vermelha ou porque os sintomas se tornaram muito graves e passaram a interferir nas rotinas da família e no desempenho escolar ou porque casualmente foram identificados em uma avaliação de rotina por outros profissionais, como dermatologistas, psicólogos ou psiquiatras. Outras vezes, a suspeita surge depois de a família assistir a um programa de rádio ou televisão, depois da leitura de alguma revista ou de pesquisa na internet, em que os comportamentos descritos servem de alerta para o que está acontecendo com algum membro da família. Se os sintomas são de certa gravidade ou até mesmo graves, se existem repercussões importantes, por exemplo, acerca do rendimento escolar, das rotinas diárias e, sobretudo, do funcionamento da família; o sofrimento pessoal, em conjunto com a pressão familiar, são os ingredientes que em geral pesam na decisão de procurar um profissional para uma entrevista focada nos problemas obsessivo-compulsivos.

RASTREAMENTO DO TOC

A investigação sobre a possibilidade de um paciente apresentar sintomas OC deveria ser feita rotineiramente na avaliação psiquiátrica ou psicológica e em especialidades médicas como a dermatologia, pelo simples fato, já comentado, de que boa parte das pessoas desconhece a natureza patológica desses sintomas. Existe, segundo Okasha,² uma “prontidão” por parte dos indivíduos que têm TOC em reconhecer de imediato sua condição quando se pergunta sobre seus sintomas ou quando o transtorno recebe alguma atenção na mídia. Seis questões-chave, que podem ser respondidas em 2 ou 3 minutos, podem dar indícios da existência do transtorno, que depois poderá ser avaliado de forma mais criteriosa em uma entrevista estruturada e com esse objetivo. Essas perguntas também podem ser feitas por telefone, quando o paciente liga para marcar a consulta

para uma triagem e/ou quando se selecionam pacientes para pesquisa ou para encaminhamento a um ambulatório especializado.^{2,10}

- Você se lava ou limpa muito?
- Você verifica as coisas demasiadamente?
- Você tem pensamentos que o incomodam e dos quais gostaria de se livrar mas não consegue?
- Você leva muito tempo para completar suas atividades diárias?
- Você se preocupa em colocar as coisas em uma determinada ordem e fica muito perturbado se elas estão fora de lugar ou bagunçadas?
- Esses problemas o perturbam muito?

Em rastreamentos para pesquisa ou mesmo em programas de educação da população, pode ser utilizado o Inventário Obsessões e Compulsões – Revisado (OCI-R), um instrumento padronizado, traduzido para o português, e que pode ser respondido pelo próprio indivíduo em 15 a 20 minutos.¹¹ Um questionário para uso na clínica, com 10 perguntas, é o Formulário 1 – Posso ter TOC?

➤ A ENTREVISTA CLÍNICA E A ANAMNESE DO PACIENTE COM TOC

Na prática clínica, a investigação sobre a presença de sintomas OC e o diagnóstico de TOC costumam ser feitos por meio de entrevistas semiestruturadas nas quais o entrevistador colhe a história do paciente (anamnese) seguindo um roteiro previamente estabelecido, embora com alguma flexibilidade, contendo, além das questões gerais sobre manifestações de problemas psiquiátricos, questões específicas relativas ao TOC, para que o profissional possa ter uma visão geral sobre o transtorno, que é muito heterogêneo.

A avaliação não deve ser um processo interminável e se estender por muitas sessões. Costuma ser realizada em uma ou duas entrevistas, com duração de 1 hora ou pouco mais, complementadas com aplicação eventual de escalas, inventários, listas de sintomas e outros instrumentos que o profissional julgar necessários com a finalidade de identificar os sintomas presentes no momento atual e ao longo da vida do paciente. O TOC é muito heterogêneo, e cada paciente é distinto dos demais. Os objetivos iniciais são o de confirmar (ou excluir) o diagnóstico de TOC; identificar eventuais comorbidades; avaliar a gravidade e as repercussões do transtorno nos estudos, no trabalho, na família; e avaliar os fatores associados a resposta ou não resposta aos tratamentos (*insight*, motivação). Quando respondidos pelo próprio paciente, esses instrumentos (p. ex., lista de sintomas, OCI-R) podem ser preenchidos em casa ou no intervalo entre as sessões.

O CLIMA DA ENTREVISTA

Conforme apontado, o paciente com TOC geralmente leva muitos anos até buscar tratamento, em grande parte pela vergonha que sente em relação aos sintomas, por temer não ser compreendido, e em parte por desacreditar que possa se libertar dos rituais e das obsessões. É fundamental que o profissional proporcione um clima de aceitação, cordialidade, empatia, além de demonstrar conhecimento, experiência e familiaridade com os sintomas OC, e que consiga instilar esperança e confiança de que eles podem ser vencidos. Esse clima é indispensável para que o paciente consiga vincular-se ao profissional, estabelecer uma relação terapêutica, condição essencial para que retorne, e possa iniciar e ter sucesso no tratamento.

O CONTATO INICIAL COM O PACIENTE

Para facilitar o contato e o início da conversação com paciente, o profissional deve se apresentar, apertar a mão (alguns indivíduos com TOC não aceitam apertar as mãos) e convidá-lo a sentar. A conversa pode começar com a confirmação de alguns dados pessoais, como nome, idade, ocupação, estado civil, número de filhos e o que fazem, situação conjugal ou afetiva, procedência. Outros dados, como endereço, renda pessoal e familiar, escolaridade, RG, CPF e telefone, podem ser coletados e anotados no fim da consulta, caso ainda não o tenham sido na recepção. Depois de ter essas primeiras informações e considerando o clima da entrevista é que o entrevistador perguntará sobre os motivos da consulta com a clássica pergunta: “O que o trouxe à consulta?” ou “Quais os motivos de me procurar?”. Se houver relutância do paciente em iniciar a falar, o profissional pode tomar a iniciativa, fazendo as perguntas de rastreamento descritas anteriormente.^{2,10}

PARTICIPAÇÃO DA FAMÍLIA

Uma questão sempre colocada é a realização da entrevista com familiares presentes ou apenas com o paciente. Os familiares podem trazer informações importantes sobre os sintomas, seu início, flutuações e, sobretudo, sobre a gravidade, as interferências no desempenho em geral (acadêmico) e no funcionamento da família. As entrevistas iniciais podem ser feitas com sua presença, pelo menos em algum momento da avaliação e quando não há inconveniente para isso (conflitos, clima hostil, sintomas que o paciente não deseja revelar ao familiar). Essa participação é necessária na avaliação de crianças. Pacientes adolescentes ou adultos devem ser antecipadamente consultados em relação a concordar ou não com essa

participação e se veem algum inconveniente, devendo ser respeitada sua decisão.

➤ QUESTÕES A SEREM ESCLARECIDAS NA AVALIAÇÃO DO PACIENTE COM TOC

Sugere-se que alguns tópicos sejam esclarecidos na avaliação inicial:

- *Os sintomas atuais do paciente:* presença de obsessões e/ou compulsões, evitações, neutralizações e hipervigilância.
- *O mapa do TOC:* horários ao longo do dia, locais, objetos, pessoas ou situações que ativam as obsessões e compulsões.
- *Gravidade dos sintomas:* grau de sofrimento, interferência nas rotinas diárias e no trabalho; tempo ocupado pelos sintomas.
- *Sintomas OC ao longo da vida do paciente:* início, curso, flutuações, tratamentos realizados, adesão e resposta.
- *A família e o TOC:* interferência dos sintomas OC nas rotinas da família, acomodação familiar.
- *História pessoal:* sintomas OC em familiares próximos; interferência do TOC na vida escolar, na profissional e nas interações sociais.
- *Problemas médicos e psiquiátricos atuais e passados, medicamentos em uso.*
- *Grau de insight e motivação para o tratamento.*

OS SINTOMAS OC ATUAIS DO PACIENTE

A entrevista de avaliação começa com o esclarecimento dos sintomas atuais do paciente e que o fizeram procurar o tratamento. O objetivo é verificar se ele de fato apresenta obsessões e compulsões típicas do TOC ou se essas, na verdade, fazem parte do quadro clínico de outros transtornos, além é claro, de investigar

se outros sintomas psiquiátricos porventura estão presentes. É muito comum que os próprios pacientes rotulem como TOC uma variedade de outros transtornos. A seguir, são lembradas algumas características das obsessões, das compulsões e das evitações típicas do TOC.

Obsessões são pensamentos, impulsos ou imagens recorrentes e persistentes experimentados como intrusivos e indesejados e que causam desconforto à maioria dos indivíduos, que tentam ignorá-los ou suprimi-los ou neutralizá-los com algum outro pensamento ou uma ação (p. ex., executando uma compulsão).¹²

Compulsões são comportamentos repetitivos (p. ex., lavar as mãos, organizar, verificar) ou atos mentais (rezar, contar, repetir palavras em silêncio) que o indivíduo se sente compelido a executar em resposta a uma obsessão ou de acordo com regras que devem ser aplicadas rigidamente. Visam prevenir ou reduzir ansiedade ou desconforto ou prevenir algum evento ou situação temida.

Evitações são comportamentos executados pelo indivíduo com a finalidade de impedir o contato direto com objetos, lugares ou pessoas que ativam suas obsessões (usar lenço ou papel para tocar em certos objetos; não passar perto de pedestres para não agredi-los).

O TOC é um transtorno bastante heterogêneo, é interessante revisar a presença de obsessões, compulsões e evitações nas diferentes dimensões de sintomas OC. As pesquisas mais recentes têm identificado de 4 a 6 grupos, ou dimensões, de obsessões/compulsões. É interessante repassá-las com o paciente para verificar se estão presentes no momento, se estiveram em algum momento do passado, e qual a dimensão predominante. As principais dimensões são:

- 1 preocupações excessivas com sujeira/contaminação seguidas de lavagens excessivas e evitações;

- 2 dúvidas e incertezas seguidas de verificações repetidas (portas, janelas, gás, fogão, eletrodomésticos, documentos);
- 3 pensamentos de conteúdo indesejável ou repugnante envolvendo sexo, religião, violência ou superstições seguidos de rituais, evitações e estratégias de neutralização (rezar, substituir um pensamento, necessidades de confirmar);
- 4 obsessões e compulsões relacionadas a simetria, ordem, alinhamento;
- 5 compulsões de armazenar – compulsão por acumular objetos, jornais, revistas, roupas, sapatos sem utilidade ou sem chances de uso em grande desordem, atravancando espaços da casa – e dificuldade em descartar;
- 6 comportamentos repetitivos diversos nem sempre precedidos por uma obsessão: tocar, raspar, olhar fixamente um objeto, olhar para o lado, estalar os dedos, sentar e levantar, entrar e sair de uma peça, etc. É muito comum a presença de mais de uma dimensão dos sintomas, embora uma possa ser a preponderante.

O levantamento das dimensões auxilia no planejamento do tratamento e, em especial, das tarefas de exposição e prevenção dos rituais, bem como na previsão da resposta aos tratamentos. As compulsões em geral e em especial as lavações e verificações respondem bem à terapia de EPR e menos aos inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRs).¹³ Obsessões de conteúdo sexual e compulsões denominadas de “miscelânea” foram preditores de não resposta aos ISRs.¹⁴

O MAPA DO TOC: HORÁRIOS, LOCAIS E SITUAÇÕES ATIVADORAS DOS SINTOMAS

Conforme apontado, o paciente com TOC tem uma “prontidão” para identificar seus próprios

sintomas quando lhe é apresentada uma lista detalhada de medos, preocupações excessivas, rituais e evitações. O entrevistador poderá solicitar que descreva seus medos (obsessões) e como se comporta quando eles surgem (se executa rituais ou adota comportamentos evitativos), dando a ele pistas de situações, locais, objetos ou pessoas que, com mais frequência, em indivíduos com o transtorno, ativam os sintomas. Poderá repassar, por exemplo, as situações da rotina diária (ao chegar em casa, se lava as mãos ou troca imediatamente de roupa; ao sair, se realiza uma série de verificações; ao se deitar, se reza em uma certa sequência ou número de vezes; ao estacionar o carro, se verifica repetidamente se as rodas estão perfeitamente alinhadas e os vidros fechados; no banho, se segue uma sequência determinada ou é demorado em razão de repetições; ao andar em um coletivo, se evita sentar no banco ou se segurar nas barras de apoio, etc.); os locais (banheiros públicos – o que toca com as mãos e o que evita; ao dirigir, se controla permanentemente pedestres e animais para não atropelá-los); os objetos (evita o contato com maçanetas, torneiras, telefones públicos, interruptores, corrimãos, lixeiras, mouse do computador; se alinha os objetos na mesa, prateleiras); as pessoas (se evita ou mantém hipervigilância sobre homossexuais, mendigos, pessoas com espinhas ou com curativos na mãos) ou, ainda, horários (não fazer qualquer atividade em certos horários: p. ex., às 13 ou 18h, etc.). Esse levantamento pode ser complementado com a solicitação ao paciente da elaboração do “Diário ou Mapa do TOC”, conforme descrito no Capítulo 8.

A FUNÇÃO DAS COMPULSÕES, DAS EVITAÇÕES E DA HIPERVIGILÂNCIA (VIÉS DE ATENÇÃO)

O modelo cognitivo-comportamental tem dado muita importância à função (o motivo pelo

qual é realizado um ritual ou pelo qual o paciente evita o contato com algum objeto ou situação), muitas vezes até mais do que à forma (aspecto descritivo ou dimensão) dos sintomas OC. Propõe, ainda, que as obsessões sejam consideradas o fenômeno primário no TOC em razão de seu conteúdo ou de sua ocorrência serem avaliados como negativos ou catastróficos. Essas avaliações negativas distorcidas e, muitas vezes, erradas que acompanham os pensamentos intrusivos seriam as responsáveis pelo medo e pela angústia e por induzirem o indivíduo a adotar medidas para reduzir tais desconfortos e afastar ou eliminar as ameaças por meio das evitações, da realização de rituais, das compulsões mentais (repetir uma frase, rezar, contar), das neutralizações (lutar contra os pensamentos, tentar afastar, argumentar mentalmente, repassar argumentos, repassar diálogos, reasssegurar-se, perguntar), da hipervigilância ou da simples postergação de tarefas. A entrevista pode se tornar bem mais rica no seu conteúdo se o profissional se preocupar em esclarecer não só a forma, mas também a função ou a finalidade dos rituais, das evitações e das neutralizações.

PENSAMENTOS INTRUSIVOS NEGATIVOS OU CATASTRÓFICOS E ERROS DE AVALIAÇÃO

Perguntas simples, a partir de exemplos do paciente, podem esclarecer a função ou a finalidade dos rituais e das evitações e auxiliar na identificação dos pensamentos intrusivos e das avaliações erradas subjacentes:

- Que medos (ou pensamentos) passaram pela sua cabeça naquele momento em que se sentiu obrigado a fazer o ritual “X” (lavar as mãos, checar o espelho do carro, reler o parágrafo)?
- O que o levou a evitar o contato ou desviar (maçaneta, caminhão do lixo, mendigo)? Qual foi o medo?

- O que você imagina que poderia acontecer se não fizesse o ritual – por exemplo, se não revisasse repetidamente a caixa do correio ao chegar em casa? Se não ficasse atento aos objetos ou locais em que certas pessoas tocam? Se cumprimentasse o atendente da loja que tinha um curativo no dedo?

GRAVIDADE, TEMPO OCUPADO PELOS SINTOMAS E INTERFERÊNCIA NAS ROTINAS DIÁRIAS

Para a confirmação do diagnóstico de TOC, é importante avaliar o tempo que os sintomas tomam do paciente ao longo de um dia (*O Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais [DSM-5]* exige que os sintomas estejam presentes mais de 1 hora por dia), o grau de sofrimento psíquico ou desconforto associados, o grau de interferência nas rotinas diárias, no trabalho (tarefas escolares) e, eventualmente, de incapacitação. É importante saber se ele faz ou não tentativas de resistir aos rituais, o que é um bom sinal.

A avaliação da gravidade dos sintomas pode ser feita com a utilização de instrumentos como a Clinical Global Impression (CGI) de gravidade ou com instrumentos específicos para o TOC, como as escalas Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS) (Formulário 3, p. 426),¹⁵ aplicada pelo entrevistador, e OCI-R (Formulário 4, p. 430).^{11,16} Se forem muito leves, podem não preencher o critério B do DSM-5 para o diagnóstico de TOC. Se forem extremamente graves e incapacitantes, em geral há necessidade de iniciar o tratamento utilizando medicamentos. É provável, ainda, que o paciente apresente dificuldades em realizar as tarefas de EPR, e talvez seja necessário programar a realização assistida dos exercícios em domicílio, pelo próprio terapeuta ou por um acompanhante terapêutico, ou em ambiente hospitalar. As escalas são aplicadas periodica-

mente durante o tratamento e permitem o monitoramento mais objetivo dos resultados.

ESCALA DE SINTOMAS OBSESSIVO- -COMPULSIVOS (YALE-BROWN OBSESSIVE-COMPULSIVE SCALE)

A Y-BOCS é dividida em duas subescalas separadas para obsessões e compulsões. Cada subescala contém cinco itens com escores de 0 a 4, que avaliam o tempo ocupado com os sintomas, interferência, sofrimento associado, resistência e grau de controle sobre os sintomas. O escore máximo é 40, o que corresponde a sintomas extremamente graves. Escores de 16 ou mais indicam um nível que pode ser considerado doença (TOC clínico). Sintomas abaixo desse nível são considerados leves ou subclínicos, e um escore menor do que 8 representa ausência de sintomas, sendo pontuado eventualmente por pessoas sem TOC. A Y-BOCS é uma escala aplicada pelo clínico, embora exista uma versão menos conhecida que pode ser autoaplicada. Foi traduzida e adaptada para o português por Asbahar e colaboradores¹⁵ (Formulário 3, p. 426).

INVENTÁRIO DE OBSESSÕES E COMPULSÕES – REVISADO

O OCI-R integra a avaliação da gravidade dos sintomas com um enfoque dimensional.¹⁶ É uma escala com 18 afirmativas abrangendo 6 dimensões de sintomas OC, com 3 perguntas para cada uma delas. As pontuações vão de 0 (nem um pouco) a 4 (extremamente), e o máximo de pontos é 72. Apresenta boas propriedades psicométricas, e tem sido utilizado o escore de 21 como um ponto de corte, acima do qual os sintomas atingem, em princípio, nível clínico. Não foi estabelecido um ponto de corte para a população brasileira. Suas principais vantagens residem no fato de ser autorrespondida e preenchida em pouco tempo (15 a 20 minutos). Foi traduzida e adaptada para o por-

tuguês por Souza e colaboradores¹¹ (Formulário 4, p. 430). Existem, ainda, escalas que pontuam separadamente a gravidade das diferentes dimensões de sintomas como a The Dimensional Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (DY-BOCS)¹⁷ e a Dimensional Obsessive-compulsive Scale (DOCS),¹⁸ utilizadas em ambientes de pesquisa.

OS SINTOMAS OC AO LONGO DA VIDA DO PACIENTE

Esclarecidos os motivos da consulta e tendo obtido um panorama o mais completo possível dos sintomas atuais do paciente e de sua gravidade, o profissional irá investigar a presença dos sintomas ao longo de sua vida, pois na maioria das vezes eles iniciaram na infância ou adolescência. Embora o TOC que se inicia na infância (ou TOC infantil) seja semelhante ao que se inicia na idade adulta, existem algumas diferenças interessantes para serem esclarecidas na avaliação.

TOC DE INÍCIO PRECOCE OU TARDIO

Os sintomas do TOC, na maioria das vezes, surgem na adolescência, muitas vezes ainda na infância e mais raramente na idade adulta. É muito raro iniciarem depois dos 50 anos. Nesses casos, há boa probabilidade de que possam estar associados a problemas cerebrais, como lesões no lobo frontal, do núcleo caudado, ou que possam ser o efeito de medicamentos. O início é considerado precoce quando os sintomas surgem antes da puberdade, e tardio, quando surgem após os 30 anos.

O TOC de início na infância é mais comum em meninos, e os sintomas geralmente são mais graves. São mais comuns obsessões de simetria/exatidão, de conteúdo agressivo, sexual ou religioso; compulsões semelhantes a tiques, como tocar, raspar, olhar fixamente, piscar os olhos, repetições e contagens; e há,

ainda, frequência maior de fenômenos sensoriais.¹⁹⁻²¹ No TOC infantil, são ainda comuns as comorbidades com tiques – 44%, em um estudo²² – com transtorno de Tourette, tricotilomania, transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH), transtornos somatoformes, transtornos da alimentação, transtornos de ansiedade e transtorno do controle dos impulsos.^{19,22-27} Talvez em razão dessas múltiplas comorbidades, os sintomas, quando o início foi precoce, tendem a ser mais graves e persistentes, e o quadro clínico, mais complexo e com um curso crônico.^{26,28} O TOC de início tardio é mais raro, mais comum em mulheres, tende a apresentar melhor resposta à TCC, e o tempo entre o início dos sintomas e a busca do tratamento tende a ser menor.

Embora não haja unanimidade, a resposta aos tratamentos do TOC com início na infância tende a ser semelhante à do TOC que se inicia em adultos, com exceção dos pacientes que apresentam comorbidades com tiques, TDAH ou transtorno do humor bipolar (TB). Nesses casos, a resposta aos tratamentos tende a ser menor.^{19,26,27}

ASSOCIAÇÃO A EVENTOS TRAUMÁTICOS E A ESTRESSORES

Geralmente, os sintomas do TOC têm início insidioso e não estão associados a um evento traumático ou a estressores definidos. É bem conhecido, entretanto, o fato de que podem se agravar em momentos de tensão ou de conflito nos relacionamentos interpessoais ou familiares. Embora não estabelecido de forma consistente, algumas pesquisas associam o surgimento ou o agravamento dos sintomas OC a eventos como a gestação e o nascimento de um filho,^{29,30} talvez pelo estresse que tais eventos representam. Estudos mostram prevalência de 3,5% de sintomas OC no terceiro trimestre da gestação³¹ e aumento para 9% no pós-parto.³⁰ No TOC que se inicia no pós-parto,

as obsessões focaram preferencialmente na saúde do recém-nascido e no meio ambiente.

Embora existam, na literatura, muitos relatos de casos de TOC iniciando após eventos traumáticos (após sofrer assalto ou tentativa de homicídio, ver o feto recém-nascido morto, ver o pai morto subitamente após infarto, sofrer ameaça de ser esfaqueado ou acidente de carro, etc.), estudos recentes não encontraram qualquer associação definida entre transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) e TOC.³² Eventualmente, fica um tanto difícil separar imagens intrusivas da situação traumática de uma obsessão típica. Ambas provocam desconforto e levam o indivíduo a adotar medidas para reduzi-lo ou neutralizá-lo (p. ex., imagem perturbadora da mãe morta no caixão que o paciente tenta anular com a lembrança de um momento bom em família).

TRATAMENTOS ANTERIORES PARA O TOC: PSICOFÁRMACOS E/OU TCC

MEDICAMENTOS

Na atualidade, é muito comum que os pacientes com TOC cheguem ao consultório utilizando ou tendo utilizado antiobsessivos, medicamentos do grupo dos ISRSs ou a clomipramina. Como a resposta a tais medicamentos muitas vezes é parcial, é natural que já tenham utilizado vários esquemas terapêuticos e nas combinações mais variadas. Em primeiro lugar, deve-se verificar se os medicamentos utilizados pertencem ao grupo dos ISRSs, ou se foi utilizada a clomipramina. Deve-se examinar, ainda, em que doses e por quanto tempo foram usados e qual foi a resposta. Estudos mostram que na maioria das vezes a dose utilizada foi inadequada.⁷ As doses empregadas no tratamento do TOC são geralmente maiores do que as utilizadas no tratamento da depressão. A duração mínima exigida para um teste clínico consistente é de no mínimo 3 meses. Se o medica-

mento foi utilizado em doses baixas e por tempo menor, deve-se desconsiderar o resultado (para as doses recomendadas para adultos e para crianças, ver Tabelas 15.1 e 20.1, respectivamente). É importante verificar, ainda, a adesão do paciente ao tratamento, a tolerância aos efeitos colaterais e, se o tratamento foi interrompido, quais os motivos.

PSICOTERAPIA

A única terapia com efetividade comprovada no tratamento dos sintomas do TOC é a terapia de EPR ou a TCC da qual a exposição e prevenção de resposta faça parte. Deve-se investigar, portanto, se o paciente em algum momento realizou terapia comportamental ou cognitivo-comportamental, quais foram os resultados e se ocorreram problemas. A principal característica da TCC, quando utilizada no TOC, é a prescrição de exercícios de exposição e prevenção de rituais para serem realizados em casa. Outras terapias não costumam prescrever exercícios e, em princípio, não são efetivas. Deve-se verificar se na terapia realizada eram prescritos exercícios e se o paciente aderiu a eles; caso não tenha aderido, esclarecer o motivo.

OUTROS PROBLEMAS PSQUIÁTRICOS (COMORBIDADES)

Mais de metade dos indivíduos com TOC apresenta comorbidades, e, por esse motivo, essa questão deve merecer atenção especial na avaliação inicial. As mais comuns são depressão, transtornos de ansiedade (fobias específicas, transtorno de pânico, ansiedade social, transtorno de ansiedade generalizada [TAG], TEPT), transtornos do controle dos impulsos, especialmente as *grooming disorders* (tricotilomania, automutilações, onicofagia), e TDAH. É lógico supor que, quando os sintomas depressivos são muito graves (apatia, falta de energia, desesperança), o paciente terá dificul-

dade em se envolver nas tarefas de EPR. Em compensação, quando os sintomas depressivos são consequência dos sintomas OC, pode-se supor que a melhora dos sintomas OC possa ter como consequência a melhora dos sintomas depressivos. Pacientes que estejam apresentando sintomas psicóticos agudos, episódios maníacos em uso de álcool ou que sejam dependentes químicos, de modo geral, não apresentam as condições necessárias para realizar TCC e eventualmente podem ter seus sintomas agravados pelo uso de antiobsessivos (p. ex., viradas maníacas). A presença desses quadros determina que seja dada prioridade ao seu controle antes do início da TCC e do uso de antiobsessivos.

É importante, ainda, verificar se o paciente não apresentou alguns desses quadros, bem como dificuldades de interação social, tentativas de suicídio e hospitalizações psiquiátricas no passado, em virtude da possibilidade de recaídas, de episódios psicóticos e de viradas maníacas com o uso de medicamentos. Também se deve avaliar se o paciente apresenta traços marcantes de personalidade (rigidez moral, culpa excessiva e escrupulosidade podem agravar quadros depressivos) ou transtornos da personalidade, como o transtorno da personalidade obsessivo-compulsiva (TPOC), ou, ainda, transtornos da personalidade mais graves, como esquizotípica ou *borderline*. Esses últimos têm sido associados a piores resultados do tratamento e a abandonos. A presença de uma ou mais comorbidades tem implicações importantes para o planejamento do tratamento. Essas questões foram também abordadas no Capítulo 2, no qual poderão ser revistas.

A FAMÍLIA E O TOC: INTERFERÊNCIA NA FAMÍLIA E ACOMODAÇÃO FAMILIAR

Como regra, os sintomas OC interferem no funcionamento da família, pois o paciente obriga

os demais membros a alterar suas rotinas, a participar dos seus rituais, a responder perguntas intermináveis, provocando atrasos em seus compromissos sociais ou longas esperas para que termine o banho e se vista. Acomodação familiar (AF) é o termo usado para indicar o processo pelo qual os membros da família de pessoas com TOC auxiliam ou participam de rituais. Pode chegar a tal ponto que toda a vida da família gira em torno da doença do paciente. Em muitas ocasiões, podem ocorrer manifestações inflamadas de raiva, hostilidade e críticas ao paciente, podendo chegar até a agressão física, atitudes que estão associadas a agravamento dos sintomas, piores resultados no tratamento e maior probabilidade de abandono deste.^{33,34} Níveis elevados de AF estão associados a sintomas OC mais graves antes do tratamento e a piores resultados na TCC.^{35,36} Já crianças provenientes de famílias coesas e funcionais obtiveram melhores resultados em TCC do que as provenientes de lares disfuncionais.³⁷ A redução dos níveis de acomodação foi um preditor dos resultados da terapia no TOC pediátrico.³⁶

Supõe-se, ainda, que muitas atitudes dos familiares, como apoiar a realização de rituais ou realizar os rituais em seu lugar, reassegurar o paciente diante das dúvidas, responder perguntas repetidamente, apoiá-los na execução dos rituais, têm uma função semelhante aos rituais e às evitações: provocam alívio temporário da ansiedade associada às obsessões, evitam a exposição e dividem a responsabilidade. Pelo alívio que provoca, a AF reforçaria tais comportamentos e contribuiria para a perpetuação do transtorno. Foi recentemente traduzida e adaptada para o português uma escala de Acomodação Familiar, que pode ser utilizada na avaliação desse fenômeno (Formulário 8, p. 439).³⁸

Questões a serem avaliadas no funcionamento da família do indivíduo com TOC:

- modificações das rotinas da família e participação nos rituais do paciente (acomodação familiar);
- criticismo e agressividade em relação ao paciente;
- coesão familiar.

HISTÓRIA PESSOAL E SOCIAL, INFLUÊNCIAS AMBIENTAIS

FAMÍLIA DE ORIGEM, FAMÍLIA ATUAL E PREVALÊNCIA DO TOC EM FAMILIARES

Ainda na avaliação, é interessante obter um perfil sucinto da família de origem do paciente, do ambiente em que foi educado e do funcionamento familiar. É importante ter um perfil da personalidade dos pais, sua ocupação, nível educacional e condições socioeconômicas, e se um deles apresenta o transtorno. Traços caracterológicos como rigidez, controle, perfeccionismo, insegurança e dependência, medos ou culpa excessivos podem sofrer fortes influências do ambiente familiar, que pode reforçá-los, ainda mais se um dos progenitores também apresentava TOC.

É importante, ainda, investigar se existem parentes próximos, especialmente familiares de primeiro grau, com sintomas OC, pois o TOC ocorre de 4 a 5 vezes mais em familiares de primeiro grau do que na população em geral.³⁹ Essa prevalência maior tem sido constatada sobretudo quando os sintomas OC são de início precoce.^{22,40} Um estudo verificou que o grupo com TOC mais familiar apresentava um início de sintomas mais precoce, maior comorbidade psiquiátrica e maior comprometimento em geral, em comparação ao grupo que não tinha familiares afetados.⁴¹

DADOS EVOLUTIVOS, VIDA ESCOLAR, RELACIONAMENTOS INTERPESSOAIS, VIDA SOCIAL, VIDA PROFISSIONAL E LAZER

Alguns transtornos com os quais o TOC se confunde podem ter início na infância ou na adolescência, como os transtornos globais do desenvolvimento da linha do autismo, como o transtorno de Asperger, caracterizado por acentuado comprometimento das interações sociais, o qual pode, entretanto, ter sintomas OC entre suas manifestações. Revisar, portanto, como foi o desenvolvimento neuropsicomotor, a pré-escola, a vida escolar, com foco em especial em interações sociais, ansiedade de separação, medos, comportamentos evitativos e repetições, é essencial. No período escolar, são comuns manifestações de timidez, constrangimento em situações de exposição social (ansiedade social), bem como fobias específicas, com os quais o TOC pode se confundir. É necessário avaliar, ainda, dificuldades de concentração, hiperatividade e baixo rendimento escolar, pois é comum a comorbidade do TOC com TDAH, bem como a presença de tiques e transtorno de Tourette, especialmente em meninos. O abuso de drogas e álcool, bem como possíveis crises depressivas ou de euforia/hiperatividade também devem ser objetos de investigação.

O TOC, em geral, acaba interferindo nos relacionamentos sociais e nas amizades, no desempenho acadêmico, no lazer, na vida sexual e afetiva. Os pacientes com TOC com frequência não persistem nos empregos, têm seu desempenho profissional comprometido e, por esse motivo, muitas vezes são demitidos. Outros são alvo de escárnio e *bullying* na escola. Namoram menos e se separam com maior frequência. Muitas vezes, o transtorno é incapacitante, fazendo o indivíduo continuar dependente dos pais, não conseguir deslanchar sua carreira profissional, conquistar sua autono-

mia e independência. Muitos não conseguem constituir sua própria família.

PROBLEMAS MÉDICOS E PSIQUIÁTRICOS ATUAIS E PASSADOS, MEDICAMENTOS EM USO

Antes de iniciar qualquer tratamento, é importante o profissional ter conhecimento de problemas médicos e de medicamentos em uso em virtude da possibilidade de sintomas OC fazerem parte do quadro clínico de diversos transtornos e da possibilidade de interações medicamentosas. O DSM-5 estabelece que os sintomas obsessivo-compulsivos não podem ser atribuídos ao efeito fisiológico direto de uma substância (p. ex., droga de abuso ou medicação) ou a outra condição médica. Portanto, na avaliação do paciente, devem ser excluídas essas duas condições. No Capítulo 2, são descritas as condições médicas e ou neurológicas/psiquiátricas das quais podem fazer parte sintomas OC, bem como os medicamentos que podem provocar esses sintomas como reação adversa, especialmente em pacientes com esquizofrenia e TB em uso de antipsicóticos atípicos.

➤ VARIÁVEIS DO PACIENTE ASSOCIADAS AOS RESULTADOS DO TRATAMENTO

Uma das questões importantes de serem esclarecidas na avaliação é se o paciente tem chances ou não de melhorar com o tratamento, seja ele medicamentoso, psicoterápico ou a combinação das duas modalidades. Muitas pesquisas foram dedicadas, na década passada, a esclarecer quais seriam os “preditores” da resposta aos tratamentos. Mesmo depois de tantas pesquisas, o quadro ainda é confuso.

Fazer essa previsão ainda é uma questão complexa, sobre a qual os clínicos nem sempre estão de acordo, até porque são muitos os fatores envolvidos. Sobre algumas dessas variáveis existe um razoável consenso, como o grau de *insight* do paciente e sua motivação para o tratamento.

INSIGHT

No contexto do TOC, o termo *insight* refere-se em geral à capacidade para reconhecer obsessões e compulsões como absurdas e irracionais.⁴² Refere-se, ainda, ao grau de convicção que o indivíduo tem sobre suas crenças no TOC. Convicções rígidas em excesso ou delirantes estão claramente associadas a um pior prognóstico.^{43,44} *Insight* pobre ou ausente é um especificador do TOC no DSM-5; designa os indivíduos com TOC que na maior parte do tempo, durante o episódio atual, não reconhecem suas obsessões e compulsões como excessivas e irracionais.

Pesquisas mostram que o *insight* é um forte preditor dos resultados do tratamento. Um estudo verificou que o nível do *insight* foi um forte preditor dos resultados em terapia cognitivo-comportamental em grupo.⁴⁵ Outro estudo verificou que 30% de pacientes adultos têm *insight* pobre⁴⁶ e constituem um grupo de pior prognóstico. Outro, ainda, constatou que os pacientes com menor *insight* apresentavam sintomas mais graves, respondiam menos à TCC e ao tratamento farmacológico, necessitando de um número maior de ensaios clínicos e, com mais frequência, da adição de antipsicóticos, sendo, portanto, um grupo de pior prognóstico.⁴⁷ Outro estudo concluiu que um maior número de comorbidades, compulsões de ordenamento, particularmente quando acompanhadas de alto grau de ansiedade e de compulsões graves, foi fator preditor de um menor grau de *insight*.⁴⁸ O *insight*, entre-

tanto, não é um elemento estático, e sim dinâmico, e pode se modificar no curso da terapia.⁴⁶

O nível de *insight* pode ser avaliado clinicamente sendo verificado o quanto o paciente considera suas convicções e crenças certas ou erradas; está convencido de que seus rituais estão corretos ou se reconhece que, no mínimo, podem ser exagerados; e o quanto tem ou não noção de que apresenta uma doença – o TOC, e não apenas “manias” aceitáveis. Pode ser avaliado, ainda, por meio do uso de instrumentos padronizados, como a escala The Brown Assessment of Beliefs Scale (BABS)⁴⁹ e a Overvalued Ideas Scale (OVIS).⁴³ O nível de *insight* está diretamente relacionado à motivação para o tratamento.

MOTIVAÇÃO PARA O TRATAMENTO

Para tomar a decisão de buscar tratamento, o paciente deve, pelo menos em parte, reconhecer o TOC como uma doença – ou seja, ter algum grau de *insight* – cujos sintomas interferem nas suas rotinas, no funcionamento da família e causam prejuízo no trabalho e nas suas relações interpessoais, além de estarem associados a desconforto e sofrimento. Esses reconhecimentos são referidos como as etapas de pré-contemplação e contemplação, que precedem a tomada de decisão e a ação, as clássicas etapas do processos de mudança descritas por Prochaska e DiClemente⁵⁰ para o tratamento de dependência química, e servem também para mapear os estágios de mudança do paciente com TOC. Entrevistas motivacionais podem ser realizadas antes do início do tratamento, quando o *insight* é pobre ou ausente, e para identificar o estágio de mudança em que o paciente se encontra (mapeamento do pensamento) para, por meio da psicoeducação, fazê-lo passar da pré-contemplação para a contemplação, a decisão e a ação.⁵¹ Em certo momento da avaliação, é importante ouvir de

forma explícita do paciente que reconhece ter TOC e que decidiu iniciar o tratamento. Esse tópico será aprofundado no próximo capítulo, que aborda o início da TCC para o TOC.

Não raro, o profissional pode se surpreender com indicadores positivos de motivação por parte do paciente, como bom conhecimento sobre o TOC e seus sintomas OC, interesse em buscar informações por meio de leituras ou na internet e tentativas que fez de resistir aos rituais e vencer as evitações. É um sinal positivo se ele mesmo tomou a iniciativa de procurar o tratamento, em vez de fazê-lo por estar sendo pressionado pela família, os pais ou o cônjuge. Outro sinal positivo é a adesão precoce aos exercícios de EPR.⁵² Um estudo recente mostrou que a adesão aos exercícios nos intervalos entre as sessões, especialmente a adesão precoce, foi um preditor dos resultados e um mediador de todas as outras variáveis preditoras.⁵³

PREDITORES DE RESPOSTA AO TRATAMENTO COM TCC

As pesquisas, de maneira geral, têm chegado a resultados nem sempre concordantes quando procuram identificar as variáveis associadas à resposta aos tratamentos tanto farmacológicos quanto psicoterápicos, em virtude das diferenças de amostras, da heterogeneidade do transtorno e de características pessoais dos pacientes, como *insight* e presença de comorbidades. Como regra, não há uma única variável que isoladamente seja suficiente para prever os resultados do tratamento e da terapia em especial. Existem, entretanto, alguns indicativos que podem auxiliar o clínico a fazer um julgamento e estabelecer um prognóstico a partir do seu conjunto e que deverão ter sido esclarecidos durante a avaliação. É uma opinião provisória do profissional, que muitas vezes pode reservar surpresas, pois alguns dos fatores podem se modificar com o andamento

da terapia. Os resultados das pesquisas resumidos a seguir servem, entretanto, como um indicativo.

A RESPOSTA À TCC É MAIS FAVORÁVEL QUANDO:

- existe um bom nível de *insight* sobre a doença e de motivação para o tratamento;^{45,54}
- predominam comportamentos ritualísticos: compulsões de limpeza, verificações;^{13,55}
- os sintomas são de início recente;
- o TOC é de início tardio (após os 30 anos);²⁸
- os pacientes são mulheres;⁴⁵
- os sintomas são de grau leve ou moderado;
- o paciente teve boa qualidade de vida antes do tratamento;⁴⁵
- o paciente adere precocemente aos exercícios de EPR no intervalo entre as sessões;^{52,53}
- existe alto nível de expectativas em relação ao tratamento;⁵⁶
- em crianças, existem níveis elevados de coesão familiar.³⁷

A RESPOSTA AO TRATAMENTO TANTO PSICOTERÁPICO QUANTO FARMACOLÓGICO TENDE A SER POBRE OU AUSENTE QUANDO HÁ:

- *insight* pobre ou ausente e falta de motivação;¹⁴
- sintomas OC muito graves e/ou alto nível de incapacitação;^{14,45,57-59}
- ideias supervalorizadas ou delirantes, geralmente associadas à ausência de *insight*;⁴³
- sintomas esquizotípicos positivos (aberrações perceptuais);⁵⁰⁻⁶²
- acumulação compulsiva,^{13,63-66} em especial a acumulação compulsiva grave com *insight* pobre, ausência de motivação e resistência ao tratamento⁶⁷ – esses pacientes tendem a abandonar precocemente o tratamento;⁵⁹

É um sinal positivo quando o próprio paciente toma a iniciativa de ele mesmo marcar a consulta. Deve-se suspeitar de falta de motivação sempre que for marcada por outros membros da família (em pacientes adultos) ou quando o comparecimento ocorre por pressão dos pais ou do cônjuge.

- altos níveis de acomodação familiar;³⁵ falta de coesão familiar, altos níveis de disfunção familiar;³⁷ níveis elevados de hostilidade e critismo dos familiares em relação ao paciente;³⁴
- depressão grave;^{68,69}
- TDAH, transtornos de tiques, transtorno desafiador de oposição e transtornos da conduta associados a pior resposta aos antiobsessivos em crianças;⁷⁰
- compulsões, lavagens, obsessões de conteúdo sexual associadas a pior resposta a medicamentos.¹⁴

RESULTADOS CONTROVERSOS

QUANTO AOS SEGUINTE FATORES:

- quando as obsessões são os sintomas proeminentes (resultados positivos com TCC);⁷¹
- longa duração da doença: resposta pobre aos medicamentos;^{57,60}
- presença e número de comorbidades;^{45,72}
- obsessões de conteúdo sexual e religioso: associadas a refratariiedade em alguns estudos,^{14,35} mas não em outros;^{13,54,55}
- depressão: na maioria dos estudos, associada a maus resultados;³⁵
- presença ou não de comorbidades;⁷²
- compulsões, lavagens e compulsões diversas: preditores de não resposta aos IRSs,¹⁴ mas apresentam boa resposta à TCC.

ENCERRAMENTO DA AVALIAÇÃO E INDICAÇÃO DO TRATAMENTO

Ao se aproximar do fim da avaliação, o profissional deve reservar de 10 a 15 minutos para dar um retorno ao paciente (e seus familiares, quando se tratar de crianças ou adolescentes) com a finalidade de informar e justificar sua impressão diagnóstica (de TOC) sobre a presença de outros transtornos ou comorbidades ou, eventualmente, excluir este e outros diagnósticos. Se for o caso, explicará as razões de suas conclusões ilustrando exemplos de sintomas que o paciente apresenta, deixando sempre espaço para perguntas e esclarecimentos, particularmente quando o paciente se mostra surpreso e revela pouco conhecimento sobre o transtorno. Se a coleta da história clínica não foi suficiente para elucidar as dúvidas especialmente em relação ao diagnóstico, o profissional poderá solicitar avaliações complementares por outros especialistas, como neurologistas (para o diagnóstico diferencial), dermatologistas (para avaliar sequelas dermatológicas do TOC), psicólogos (testes psicológicos), bem como exames complementares de laboratório (bioquímica), exames de neuroimagem, eletroencefalograma, etc., caso julgue necessário.

A segunda questão a ser abordada no fim da avaliação diz respeito à indicação de tratamento: psicofármacos e/ou TCC, seus alcances e limites, a abordagem que o profissional considera a mais indicada para o caso específico, incluindo eventualmente a combinação de tratamentos (o que costuma ser recomendado), e quais os profissionais ou serviços da região estão habilitados para atender pacientes com TOC. Se for o caso, deverá fazer uma breve explanação sobre o benefício do uso de medicamentos no TOC, reações adversas, chances de redução dos sintomas, como é a TCC na prática, quais os seus fundamentos e o que exige do paciente. Nessa altura, é suficiente uma pequena explicação, em uma linguagem acessível.

vel adequada ao nível educacional e cultural do paciente. Posteriormente, é muito importante o profissional escutar o paciente, responder a suas dúvidas, ouvir dele se aceita ou não

utilizar medicamentos e realizar a TCC, ou se prefere pensar sobre o assunto e voltar a fazer contato mais tarde. (Essas questões são retomadas e aprofundadas no Capítulo 8.)

- O TOC ainda é um transtorno pouco reconhecido pela população e subdiagnosticado pelos profissionais. Há grande demora entre o início dos sintomas e a procura de atendimento. Muitos indivíduos com TOC jamais foram diagnosticados por um profissional e continuam sem tratamento.
 - Em pacientes com TOC, algumas questões são importantes para o planejamento do tratamento: sintomas atuais do paciente; mapa do TOC; gravidade dos sintomas; início, curso, flutuações dos sintomas ao longo da vida; interferência do TOC na vida escolar, profissional e nas interações sociais; tratamentos realizados, adesão e resposta; interferência dos sintomas OC nas rotinas da família e acomodação familiar; sintomas OC em familiares próximos; problemas médicos e psiquiátricos atuais e passados, medicamentos em uso; grau de *insight* e motivação para o tratamento.
 - A resposta à TCC é mais favorável quando os sintomas são leves ou moderados, de início recente; predominam compulsões, limpeza e verificações; o paciente tem bom nível de *insight* e motivação, boa qualidade de vida antes de iniciar o tratamento, adere precoceamente aos exercícios de casa e faz parte de uma família com um elevado nível de coesão e níveis pequenos ou nulos de acomodação familiar.
 - A resposta aos tratamentos é menos favorável quando os sintomas são graves e incapacitantes; na acumulação compulsiva; na ausência de *insight* e motivação para o tratamento; quando as crenças ou convicções são muito intensas e rígidas; quando existe elevado grau de acomodação familiar; quando existem comorbidades associadas e não controladas, como depressão grave, psicoses, TB, transtornos da personalidade *borderline* e esquizotípica, abuso e/ou dependência de drogas ou álcool.
 - No encerramento da avaliação, o profissional deve informar ao paciente (e ao familiar) o diagnóstico principal e as eventuais comorbidades; solicitar avaliações e exames complementares, se forem necessários; fazer uma breve explanação sobre o que é o TOC e quais são os tratamentos indicados; dar ao paciente a oportunidade de esclarecer suas dúvidas e tomar sua decisão de iniciar (ou não) tratamento.

► REFERÊNCIAS

1. Miguel EC, Ferrão YA, Rosário MC, Mathis MA, Torres AR, Fontenelle LF, et al. The Brazilian research consortium on obsessive-compulsive spectrum disorders: recruitment, assessment instruments, methods for the development of multicenter collaborative studies and preliminary results. *Rev Bras Psiquiatr.* 2008;30(3):185-96.
2. Okasha A. O diagnóstico do transtorno obsessivo-compulsivo: uma revisão. In: Maj M, Sartorius N, Okasha A, Zohar J. *Transtorno obsessivo-compulsivo*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed; 2005. p. 13-25.
3. Grabil K, Duke MD, Harford K, Keeley ML, Geffken GR, Storch EA. Assessment of obsessive-compulsive disorder: a review. *J Anxiety Disord.* 2008;22:221-17.
4. Heyman I, Fombonne E, Simmons H, Ford T, Meltzer H, Goodman R. Prevalence of obsessive-compulsive disorder in the British nationwide survey of child mental health. *Int Rev Psychiatr.* 2003;15:178-84.
5. Wahl K, Kordon A, Kuelz KA, Voderholzer U, Hohagen F, Zurowski B. Obsessive-Compulsive Disorder (OCD) is still an unrecognized disorder: a study on the recognition of OCD in psychiatric outpatients. *Eur Psychiatry.* 2010;25(7):374-7.
6. Vivan A. Prevalência do transtorno obsessivo-compulsivo alunos de escolas do segundo grau de Porto Alegre [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2013.
7. Denys D, Van Megen H, Westenberg H. The adequacy of pharmacotherapy in outpatients with obsessive-compulsive disorder. *Int Clin Psychopharmacol.* 2002;17(3):109-14.
8. Blanco C, Olfsom M, Stein DJ, Simpson HB, Gamaroff MJ, Narrow WH. Treatment of obsessive-compulsive disorder by U.S. psychiatrists. *J Clin Psychiatry.* 2006;67(6):946-51.
9. Demert MM, Deveci A, Taskin EO, Ermentcan AT, Yurtseven F, Deniz F, et al. Obsessive-compulsive disorder in a dermatology outpatient clinic. *Gen Hosp Psychiatry.* 2005;27(6):426-30.
10. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Obsessive-compulsive disorder: core interventions in the treatment of obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder [Internet]. 2006 [capturado em 3 jul. 2013]. Disponível em: <http://www.nice.org.uk>.
11. Souza FP, Foa EB, Meyer E, Niederauer KG, Raffin AL, Cordioli AV. Obsessive-compulsive inventory and obsessive-compulsive inventory-revised scales: translation into Brazilian Portuguese and cross-cultural adaptation. *Rev Bras Psiquiatr.* 2008;30(1):42-6.
12. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. 5th ed. Arlington: American Psychiatric Association; 2013.
13. Starcevic V, Brakoulias V. Symptom subtypes of obsessive-compulsive disorder: are they relevant for treatment? *Aust N Z J Psychiatry.* 2008;42(8):651-61.
14. Shetti CN, Reddy YC, Kandavel T, Kashyap K, Singisetty S, Hiremath AS, et al. Clinical predictors of drug nonresponse in obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry.* 2005;66(12):1517-23.
15. Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, Mazure C, Fleischmann RL, Hill CL, et al. The Yale-brown obsessive compulsive scale. I. Development, use, and reliability. *Arch Gen Psychiatry.* 1989;46(11):1006-11. Escala traduzida por Asbahar FR e colaboradores, publicada na obra Miguel EC. *Transtornos do espectro obsessivo-compulsivo*. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 1996. p. 219-30.
16. Foa EB, Kozak MJ, Salkovskis PM, Coles ME, Amir N. The validation of a new obsessive-compulsive disorder scale: the obsessive-compulsive inventory. *Psychol Assess.* 1998;10(3):206-14.
17. Rosario-Campos MC, Miguel EC, Quatrano S, Chacon P, Ferrao Y, Findley D, et al. The dimensional Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (DY-BOCS): an instrument for assessing obsessive-compulsive symptom dimensions. *Mol Psychiatry.* 2006;11:495-504.
18. Abramowitz JS, Deacon BJ, Bunmi O, Olatunji BO, Wheaton MG, Berman NC, et al. Assessment of obsessive-compulsive symptom dimensions: development and evaluation of the Dimensional Obsessive-Compulsive Scale. *Psychol Assessment.* 2010;22:180-98.
19. Millet B, Kochman F, Gallarda T, Krebs MO, Demonfaucon F, Barrot I, et al. Phenomenological and comorbid features associated in obsessive-compulsive disorder: influence of age of onset. *J Affect Disord.* 2004;79(1-3):241-6.
20. Tükel R, Ertekin E, Batmaz S, Alyanak F, Sözen A, Aslantas B, et al. Influence of age of onset on clinical features in obsessive-compulsive disorder. *Depress Anxiety.* 2005;21(3):112-7.
21. Wang X, Cui D, Wang Z, Fan Q, Xu H, Qiu J, et al. Cross-sectional comparison of the clinical characteristics of adults with early-onset and late-onset obsessive compulsive disorder. *J Affect Disord.* 2012;136(3):498-504.
22. Chabane N, Delorme R, Millet B, Mouren MC, Leboyer M, Pauls D. Early-onset obsessive-compulsive disorder: a subgroup with a specific clinical and familial pattern? *J Child Psychol Psychiatry.* 2005;46(8):881-7.
23. Rosario-Campos MC, Leckman JF, Mercadante MT, Shavitt RG, Prado HS, Sada P, et al. Adults with early-onset obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry.* 2001;158(11):1899-903.
24. Hemmings SM, Kinnear CJ, Lochner C, Niehaus DJ, Knowles JA, Moolman-Smook JC, et al. Early-versus late-onset obsessive-compulsive disorder: investigating genetic and clinical correlates. *Psychiatry Res.* 2004;128(2):175-82.
25. de Mathis MA, do Rosario MC, Diniz JB, Torres AR, Shavitt RG, Ferrão YA, et al. Obsessive-compulsive disorder: influence of age at onset on comorbidity patterns. *Eur Psychiatry.* 2008;23(3):187-94.
26. Lomax CL, Oldfield VB, Salkovskis PM. Clinical and treatment comparisons between adults with early- and late-onset obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther.* 2009;47(2):99-104.

27. Masi G, Millepiedi S, Perugi G, Pfanner C, Berloff S, Pari C, et al. A naturalistic exploratory study of the impact of demographic, phenotypic and comorbid features in pediatric obsessive-compulsive disorder. *Psychopathology*. 2010;43(2):69-78.
28. Grant JE, Mancebo MC, Pinto A, Williams KA, Eisen JL, Rasmussen SA. Late-onset obsessive compulsive disorder: clinical characteristics and psychiatric comorbidity. *Psychiatry Res.* 2007;152(1):21-7.
29. Forray A, Focșeanu M, Pittman B, McDougle CJ, Epperson CN. Onset and exacerbation of obsessive-compulsive disorder in pregnancy and the postpartum period. *J Clin Psychiatry*. 2010;71(8):1061-8.
30. Zambaldi CF, Cantilino A, Montenegro AC, Paes JA, de Albuquerque TL, Sougey EB. Postpartum obsessive-compulsive disorder: prevalence and clinical characteristics. *Compr Psychiatry*. 2009;50(6):503-9.
31. Uğuz F, Gezginc K, Zeytinci IE, Karataylı S, Askin R, Güler O, et al. Obsessive-compulsive disorder in pregnant women during the third trimester of pregnancy. *Compr Psychiatry*. 2007;48(5):441-5.
32. Grabe HJ, Ruhrmann S, Spitzer C, Josepeit J, Ettelt S, Buhtz F, et al. Obsessive-compulsive disorder and posttraumatic stress disorder. *Psychopathology*. 2008;41(2):129-34.
33. Renshaw KD, Chambless DL, Steketee G. Perceived criticism predicts severity of anxiety symptoms after behavioral treatment in patients with obsessive-compulsive disorder and panic disorder with agoraphobia. *J Clin Psychol*. 2003;59(4):411-21.
34. Steketee G, Lam JN, Chambless DL, Rodebaugh TL, McCullough CE. Effects of perceived criticism on anxiety and depression during behavioral treatment of anxiety disorders. *Behav Res Ther*. 2007;45(1):11-9.
35. Ferrão YA, Shavitt RG, Bedin NR, de Mathis ME, Carlos Lopes A, Fontenelle LF, et al. Clinical features associated to refractory obsessive-compulsive disorder. *J Affect Disord*. 2006;94(1-3):199-209.
36. Merlo LJ, Lehmkuhl HD, Geffken GR, Storch EA. Decreased family accommodation associated with improved therapy outcome in pediatric obsessive-compulsive disorder. *J Consult Clin Psychol*. 2009;77(2):355-60.
37. Peris TS, Sugar CA, Bergman RL, Chang S, Langley A, Piacentini J. Family factors predict treatment outcome for pediatric obsessive-compulsive disorder. *J Consult Clin Psychol*. 2012;80(2):255-63.
38. Gomes JB, Calvocoressi L, Van Noppen B. Translation and adaptation into Brazilian Portuguese of the Family Accommodation Scale for Obsessive-Compulsive disorder: Interviewer-Rated (FASIR). *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul*. 2010;32:102-12.
39. Hettema JM, Neale MC, Kendler KS. A review and meta-analysis of the genetic epidemiology of anxiety disorders. *Am J Psychiatry*. 2001;158(10):1568-78.
40. van Grootenhuis DS, Cath DC, Beekman AT, Boomsma DI. Twin studies on obsessive-compulsive disorder: a review. *Twin Res Hum Genet*. 2005;8:450-8.
41. Schooler C, Revell AJ, Timpano KR, Wheaton M, Murphy DL. Predicting genetic loading from symptom patterns in obsessive-compulsive disorder: a latent variable analysis. *Depress Anxiety*. 2008;25:680-8.
42. Catapano F, Sperandeo R, Perris F, Lanzaro M, Maj M. Insight and resistance in patients with obsessive-compulsive disorder. *Psychopathology*. 2001;34:62-8.
43. Neziroglu FA, Stevens KP, Yaryura-Tobias JA. Overvalued ideas and their impact on treatment outcome. *Rev Bras Psiquiatr*. 1999;21:209-16.
44. Neziroglu F, Stevens KP, McKay D, Yaryura-Tobias JA. Predictive validity of the overvalued ideas scale: outcome in obsessive-compulsive and body dysmorphic disorders. *Behav Res Ther*. 2001;39(6):745-56.
45. Raffin AL, Guimarães Fachel JM, Ferrão YA, Pasquoto de Souza F, Cordioli AV. Predictors of response to group cognitive-behavioral therapy in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Eur Psychiatry*. 2009;24(5):297-306.
46. Alonso P, Menchón JM, Segalàs C, Jaurrieta N, Jiménez-Murcia S, Cardoner N, et al. Clinical implications of insight assessment in obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry*. 2008;49(3):305-12.
47. Catapano F, Perris F, Fabrazzo M, Cioffi V, Giacco D, De Santis V, et al. Obsessive-compulsive disorder with poor insight: a three year prospective study. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2010;34(2):323-30.
48. Elvish J, Simpson J, Ball LJ. Which clinical and demographic factors predict poor insight in individuals with obsessions and/or compulsions? *J Anxiety Disord*. 2010;24(2):231-7.
49. Eisen JL, Phillips KA, Baer L, Beer DA, Atala KD, Rasmussen SA. The brown assessment of beliefs scale: reliability and validity. *Am J Psychiatry*. 1998;155(1):102-8.
50. Prochaska JO, DiClemente CC. Toward a comprehensive model of change. In: Miller W, Heather N, editors. *Treating addiction behaviors*. New York: Plenum Press; 1986. p. 3-27.
51. Meyer E, Souza F, Heldt E, Knapp P, Cordioli A, Shavitt RG, et al. A randomized clinical trial to examine enhancing cognitive-behavioral group therapy for obsessive-compulsive disorder with motivational interviewing and thought mapping. *Behav Cogn Psychother*. 2010;38(3):319-36.
52. De Araujo LA, Ito LM, Marks IM. Early compliance and other factors predicting outcome of exposure for obsessive-compulsive disorder. *Br J Psychiatry*. 1996;169(6):747-52.
53. Simpson HB, Maher MJ, Wang Y, Bao Y, Foa EB, Franklin M. Patient adherence predicts outcome from cognitive behavioral

- therapy in obsessive-compulsive disorder. *J Consult Clin Psychol.* 2011;79(2):247-52.
54. Steketee G, Siev J, Fama JM, Keshaviah A, Chosak A, Wilhelm S. Predictors of treatment outcome in modular cognitive therapy for obsessive-compulsive disorder. *Depress Anxiety.* 2011;28(4):333-41.
55. Alonso P, Menchon JM, Pifarre J, Mataix-Cols D, Torres L, Salgado P. Long-term follow-up and predictors of clinical outcome in obsessive-compulsive patients treated with serotonin reuptake inhibitors and behavioral therapy. *J Clin Psychiatry.* 2001;62(7):535-40.
56. Lewin AB, Peris TS, Lindsey Bergman R, McCracken JT, Piacentini J. The role of treatment expectancy in youth receiving exposure based CBT for obsessive compulsive disorder. *Behav Res Ther.* 2011;49(9):536-43.
57. Storch EA, Larson MJ, Shapira NA, Ward HE, Murphy TK, Geffken GR, et al. Clinical predictors of early fluoxetine treatment response in obsessive-compulsive disorder. *Depress Anxiety.* 2006;23(7):429-33.
58. Keijsers GP, Hoogduin CA, Schaap CP. Predictors of treatment outcome in the behavioural treatment of obsessive-compulsive disorder. *Br J Psychiatry.* 1994;165(6):781-6.
59. Mataix-Cols D, Marks IM, Greist JH, Kobak KA, Baer L. Obsessive-compulsive symptom dimensions as predictors of compliance with and response to behaviour therapy: results from a controlled trial. *Psychotherapy Psychosom.* 2002;71:255-62.
60. Ravizza L, Barzega G, Bellino S, Bogetto F, Maina G. Predictors of drug treatment response in obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatr.* 1995;56(8):368-73.
61. Moritz S, Fricke S, Jacobsen D, Kloss M, Wein C, Rufer M, et al. Positive schizotypal symptoms predict treatment outcome in obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther.* 2004;42(2):217-27.
62. Fricke S, Moritz S, Andresen B, Jacobsen D, Kloss M, Rufer M, et al. Do personality disorders predict negative treatment outcome in obsessive-compulsive disorders? A prospective 6-month follow-up study. *Eur Psychiatry.* 2006;21(5):319-24.
63. Mataix-Cols D, Rauch SL, Manzo PA, Jenike MA, Baer L. Use of factor-analyzed symptom dimensions to predict outcome with serotonin reuptake inhibitors and placebo in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry.* 1999;156(9):1409-16.
64. Stein DJ, Carey PD, Lochner C, Seedat S, Fineberg N, Andersen EW. Escitalopram in obsessive-compulsive disorder: response of symptom dimensions to pharmacotherapy. *CNS Spectr.* 2008;13(6):492-8.
65. Abramowitz JS, Franklin ME, Schwartz SA, Furr JM. Symptom presentation and outcome of cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder. *J Consult Clin Psychol.* 2003;71(6):1049-57.
66. Rufer M, Fricke S, Moritz S, Kloss M, Hand I. Symptom dimensions in obsessive-compulsive disorder: prediction of cognitive-behavior therapy outcome. *Acta Psychiatr Scand.* 2006;113(5):440-6.
67. Christensen DD, Greist JH. The challenge of obsessive-compulsive disorder hoarding. *Primary Psychiatr.* 2001;8:79-86.
68. Abramowitz JS, Foa EB. Does comorbid major depressive disorder influence outcome of exposure and response prevention for OCD? *Behav Ther.* 2000;31:795-800.
69. Abramowitz JS. Treatment of obsessive-compulsive disorder in patients who have comorbid depression. *J Clin Psychology.* 2004;60:1133-41.
70. Grados M, Riddle MA. Do all obsessive-compulsive disorder subtypes respond to medication? *Int Rev Psychiatry.* 2008;20(2):189-93.
71. Whittal ML, Woody SR, McLean PD, Rachman SJ, Robichaud M. Treatment of obsessions: a randomized controlled trial. *Behav Res Ther.* 2010;48(4):295-303.
72. Storch EA, Lewin AB, Farrell L, Aldea MA, Reid J, Geffken GR, et al. Does cognitive-behavioral therapy response among adults with obsessive-compulsive disorder differ as a function of certain comorbidities? *J Anxiety Disord.* 2010;24(6):547-52.
73. Anholt GE, Aderka IM, van Balkom AJ, Smit JH, Hermesh H, de Haan E, et al. The impact of depression on the treatment of obsessive-compulsive disorder: results from a 5-year follow-up. *J Affect Disord.* 2011;135(1-3):201-7.

8

ARISTIDES VOLPATO CORDIOLI

O início da terapia cognitivo-comportamental

OBJETIVOS

Nas sessões iniciais da terapia cognitivo-comportamental (TCC) para o transtorno obsessivo-compulsivo (TOC), é importante o terapeuta:

- Estabelecer uma relação terapêutica e formar um vínculo terapêutico com o paciente.
- Realizar a psicoeducação do paciente e de sua família sobre o TOC e sobre a TCC.
- Incentivar o paciente a realizar a terapia e auxiliá-lo a tomar a decisão de iniciar o tratamento.
- Auxiliar o paciente na elaboração da lista dos sintomas e do mapa ou diário do TOC.
- Avaliar a gravidade dos sintomas.
- Auxiliar o paciente a escolher e a realizar os primeiros exercícios de exposição e prevenção de resposta ou de rituais de EPR.

Uma vez concluída a avaliação do paciente com TOC e indicada a TCC, o próximo passo é iniciá-la com sucesso. Para que isso ocorra, é necessário que se superem algumas dificuldades, como a falta de conhecimento sobre o transtorno, de *insight* sobre a natureza dos sintomas e de motivação para fazer o tratamento, antes mesmo do início das tarefas de EPR.

Muitos pacientes, incluindo seus familiares, têm pouco ou nenhum conhecimento sobre o que é o TOC. Estão convencidos de que seus medos são reais e de fato acreditam que ao executarem rituais e ao evitarem tudo o que para eles representa ameaça ou perigo estão fazendo a coisa certa, pois a ansiedade diminui, e, por esse motivo, em hipótese alguma deveriam abandonar tais comportamentos. A TCC do TOC irá propor formas de lidar com medos e ansiedades que irão na direção contrária àquela que os pacientes estão acostumados a seguir: expor-se às situações que evitam, enfrentar os medos, abster-se de realizar rituais que dão alívio, além de pôr em dúvida crenças e convicções arraigadas. É natural que tais propostas encontrem grande resistência, o que na prática se expressa em dificuldades de adesão aos exercícios e em elevadas taxas de abandono, que podem chegar a até 30%.¹ So-

ma-se a isso o fato de muitos pacientes com sintomas graves não encararem com bons olhos a possibilidade de os exercícios provocarem níveis ainda mais elevados e aparentemente insuportáveis de ansiedade, associados ao temor de que a aflição nunca termine ou de que possam perder o controle ou enlouquecer. O resultado é a falta de motivação para buscar tratamento, comum em muitos pacientes.

Como convencê-los a enfrentar tais medos, a abandonar comportamentos que muitas vezes se transformaram em hábitos, quando já desacreditam que possam ter uma vida diferente? Na verdade, as pessoas dificilmente iniciam um movimento em uma determinada direção se não acreditam que sejam capazes de fazer o que for necessário para de atingir determinado objetivo. Acrescente-se, ainda, que os pacientes com TOC apresentam dificuldades especiais em efetuar mudanças e lidar com incertezas. Muitas vezes, ainda, em razão da gravidade dos sintomas e da depressão associada, estão desesperançados e descrentes de que possam vencer obstáculos considerados intransponíveis, enfrentar medos e modificar velhos hábitos. Níveis elevados de expectativas em relação ao tratamento estão relacionados a melhor resposta, menor resistência e maior adesão às tarefas de casa e redução no comprometimento ocasionado pela doença.

Com que recursos conta o terapeuta para vencer tais obstáculos? Contará, em primeiro lugar, com seu conhecimento e sua experiência em tratar pacientes com TOC. Não menos importantes são algumas características pessoais, como calor humano, autenticidade, empatia, interesse genuíno, boa capacidade de comunicação, boa capacidade de incutir esperança ao apontar as novas perspectivas e, sobretudo, boa capacidade de estabelecer uma relação terapêutica. Terá que ser didático e convincente, fundamentar com clareza o diagnóstico e as propostas terapêuticas, por meio de um argumento que as fundamente, que ofereça

também uma explicação plausível para as possíveis mudanças. Portanto, um dos principais objetivos do terapeuta nos primeiros contatos com o paciente, além de confirmar o diagnóstico, é auxiliá-lo a tomar a decisão de fazer a TCC. O recurso para isso é a psicoeducação. Boa parte deste capítulo será destinada a esse importante tópico. Somente depois de cumprida essa etapa é que o terapeuta irá propor as primeiras tarefas de casa: a elaboração da lista hierarquizada de sintomas e do mapa ou diário do TOC, a avaliação da gravidade dos sintomas e a escolha dos primeiros exercícios de EPR. Este capítulo irá abordar essas importantes questões, que, de certa forma, antecedem a terapia propriamente dita.

► A PSICOEDUCAÇÃO DO PACIENTE (E DA FAMÍLIA)

Especialmente para aqueles pacientes que estão buscando tratamento pela primeira vez e que durante a avaliação demonstraram ter pouco conhecimento sobre o TOC, é indispensável o esclarecimento de algumas questões preliminares para auxiliá-los a tomar a decisão de iniciar a terapia. Na TCC para o TOC, explicações psicoeducativas são utilizadas ao longo de todo o tratamento para reforçar ou acrescentar informações sobre o transtorno, os modelos etiológicos (o que perpetua e o que faz desaparecer os sintomas), as formas de vencer o transtorno, etc.

Algumas questões-chave a serem abordadas na psicoeducação no início da terapia incluem:

- **o que é o TOC e quais as suas manifestações;** o que contribui para o surgimento dos sintomas e o que o paciente faz que ajuda a mantê-los;
- **os tratamentos disponíveis:** medicamentos e TCC;

- o que é a TCC e como funciona; as chances de melhora; como é na prática; mitos e dúvidas em relação à terapia do TOC.

O QUE É O TOC; QUAIS AS SUAS MANIFESTAÇÕES, SUAS CAUSAS; E O MODELO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL

É importante relembrar ao paciente, em uma linguagem clara, acessível, evitando o jargão técnico, o que é o TOC, o que são obsessões, compulsões e evitações; quais são as manifestações mais comuns: medos de contaminação/lavações, dúvidas e verificações, pensamentos inaceitáveis, obsessões e compulsões por alinhamento e simetria, acumulação compulsiva, e ilustrá-los, se possível, com exemplos do próprio paciente; sua prevalência, curso e prognóstico; as consequências do TOC para o indivíduo e para a sua família; as suas possíveis causas: papel de fatores cerebrais ou neurobiológicos, a contribuição de fatores psicológicos (aprendizagens e crenças erradas) para o surgimento e a manutenção do TOC; como rituais e evitações perpetuam a doença em razão do alívio que proporcionam (o modelo cognitivo-comportamental), e a forma como a terapia atua (abolindo o reforço representado pelos

rituais, evitações e neutralizações). Na verdade, cada terapeuta deverá desenvolver um estilo próprio de explicação em linguagem simples, clara, didática, sucinta e, ao mesmo tempo, convincente, para ser feita em curto espaço de tempo de que em geral se dispõe.

No quadro é apresentado um exemplo de explanação em linguagem leiga.

QUAIS SÃO OS SINTOMAS DO TOC E COMO DISTINGUI-LOS DE PENSAMENTOS E COMPORTAMENTOS NORMAIS

Uma das dificuldades mais comuns do indivíduo com TOC é identificar as manifestações do transtorno e distingui-las de pensamentos e comportamentos “normais”. Com muita frequência, esse referencial foi perdido. Para auxiliar o paciente a fazer essa distinção, o terapeuta poderá sugerir que procure observar como se comportam as pessoas que não têm TOC, no que tocam ou no que evitam tocar, o número de vezes que lavam as mãos durante o dia, o tempo que demoram no banho, se trocam de roupas todas as vezes que chegam da rua, se deixam os sapatos do lado de fora, etc., comparando a seus próprios comportamentos. Também é útil recomendar que o paciente

EXEMPLOS

O TOC é uma doença caracterizada pela presença de medos com os quais você lida de forma errada: realizando rituais (lavando as mãos, verificando repetidamente as portas), evitando o contato com objetos, lugares ou situações que os provocam (usar banheiro público, tocar em maçanetas, passar perto de um mendigo), vigiando onde as outras pessoas tocam ou, ainda, lutando contra e procurando afastar pensamentos que não deseja e dos quais tem medo. Se, por um lado, tais atos impedem que você tenha ansiedade ou dão algum alívio por curto período de tempo, por outro, levam você a repeti-los a todo momento, perpetuando a doença...

preste atenção ao seu grau de ansiedade, medo ou desconforto quando sua mente é invadida por algum pensamento catastrófico – se é exagerado ou não; se é compelido a executar algum ritual ao qual é difícil ou até impossível resistir; o tempo que tais pensamentos e comportamentos tomam no seu dia a dia, se ocupam mais de 1 hora por dia; se está sempre vigiando onde toca, onde tem pó ou se evita tocar em objetos que todos tocam (interruptores, torneiras, corrimãos, maçanetas); se evita lugares como banheiros públicos ou passar perto de certas pessoas; e se os sintomas interferem na sua rotina, na sua atividade profissional, na sua relação com as pessoas e com sua família. Esses comportamentos excessivos e, sobretudo, se são movidos por medos, podem ser indício de anormalidade.

OS TRATAMENTOS DISPONÍVEIS

Ao ter a impressão de que o paciente sabe identificar e distinguir as diferentes manifestações do TOC, aceita tacitamente que apresenta o transtorno e tem uma boa noção dos prejuízos que acarreta, o profissional poderá abordar as perspectivas atuais de tratamento: os medicamentos e a terapia cognitivo-comportamental. Mencionará as vantagens e as desvantagens de cada modalidade, bem como as chances de se obter redução dos sintomas, relatando, por exemplo, o resultado de pesquisas que mostram que cerca de 70% dos pacientes melhoraram com o tratamento e com a TCC e, eventualmente, obtêm até a remissão completa, e quando um ou outro método é o preferido (ou a combinação dos dois).

O QUE É A TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL E COMO FUNCIONA

A TCC utiliza, no tratamento do TOC, intervenções comportamentais e cognitivas que já ha-

viam sido comprovadas como efetivas no tratamento de outros transtornos, como as fobias e a depressão. Esses métodos reúnem tarefas de casa de exposição, abstenção de executar rituais a partir de uma lista de situações que provocam ansiedade, exercícios cognitivos para corrigir crenças erradas, entre outros. Representa, ainda, uma forma de conceitualizar os fenômenos OC, exigindo que o terapeuta tenha conhecimento e domínio dos fundamentos do modelo cognitivo-comportamental em geral e do TOC, em particular, para poder conduzir adequadamente o tratamento. Isso significa que ele deve, na avaliação inicial, identificar os fatores responsáveis pela ansiedade e pela necessidade de executar rituais, os processos comportamentais e cognitivos que dão origem e perpetuam os sintomas, e poder transmiti-los de forma simples e clara ao paciente. Os modelos comportamental e cognitivo-comportamental foram extensamente abordados nos Capítulos 4 e 6.

A TCC para o TOC é, em geral, um tratamento breve que procura eliminar os fatores que mantêm o transtorno: o alívio obtido com a realização dos rituais (reforço negativo), com a hipervigilância e com as evitações. É importante explicar ao paciente que esse alívio é ilusório, pois reforça a necessidade de realizar tais atos e o impede de aprender que os medos são irreais. Em vez de evitar o contato com objetos ou lugares que provocam medo, a terapia irá ajudá-lo a enfrentá-los; em vez de fazer rituais (lavar as mãos, verificar), será solicitado que se abstenha de fazê-los. Irá, ainda, ajudá-lo a corrigir crenças erradas sobre riscos, ameaças, convicções de que podem ocorrer desgraças se não fizer certos rituais, etc.

COMO É A TCC NA PRÁTICA

A TCC distingue-se de outras modalidades de psicoterapia pelos exercícios práticos que são programados para serem realizados em casa

ou no trabalho, no intervalo entre as sessões, específicos para cada um dos sintomas do paciente e respeitando os graus de dificuldade. A função do terapeuta é semelhante à de um treinador; a cada semana, ajuda na escolha dos exercícios, na avaliação dos níveis de dificuldade e das chances de obter sucesso, propondo tarefas cada vez mais difíceis, mas exequíveis.

Geralmente, a TCC começa com a elaboração de uma lista o mais detalhada possível dos sintomas do TOC, dos horários e locais mais críticos (o mapa do TOC), os quais servem de base para a programação dos exercícios de EPR. Quando possível, inicia-se pelos exercícios mais fáceis, deixando para mais tarde os mais difíceis.

É comum que sejam estabelecidas de 6 a 8 ou mais tarefas para casa ao fim de cada sessão. As sessões costumam ser semanais, em consultório. A terapia deve ser breve, com duração entre 10 a 15 sessões, em média. Calcula-se que seja necessário dedicar, pelo menos, 1 hora por dia às tarefas e um total de, no mínimo, 20 horas.² O ideal é que a terapia termine com a eliminação completa de todos os sintomas, o que está associado a uma taxa menor de recaídas.³

COMO FUNCIONA A TCC PARA O TOC (O MODELO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL)

A TCC para o TOC procura cortar o círculo vicioso representado pelo alívio dos sintomas obtido com os rituais e com as evitações, responsáveis pela perpetuação dos sintomas OC. A interrupção desse circuito dá margem a uma nova aprendizagem, pois os objetos, as situações ou os outros estímulos que provocam medo deixam pouco a pouco de provocá-lo, por meio do conhecido fenômeno natural de habituação, também chamado por alguns de extinção, tornando-se novamente estímulos neutros (i.e., não provocando mais medos), e também porque novas associações entre tais estímulos e

emoções (p ex., ausência de medo) são estabelecidas. A memória anterior (estímulo e resposta de medo) passa a ser substituída por uma nova memória à qual o medo não está mais associado.⁴ Modificações de crenças disfuncionais também desempenham um papel importante na diminuição da ansiedade e dos sintomas OC.

O QUE É A HABITUAÇÃO (EXEMPLO DE EXPLANAÇÃO PSICOEDUCATIVA)

Na psicoeducação, um destaque especial deve ser dado ao fenômeno da habituação, para o paciente compreender, por meio de exemplos práticos, como se dá a redução e o desaparecimento dos sintomas OC. O terapeuta poderá iniciar relatando as experiências com voluntários, descritas nos Capítulos 4 (p. 80-81) e 5 (p. 101), que possibilitaram a descoberta de que a exposição a objetos ou situações evitados e a abstenção de executar rituais levavam a um rápido desaparecimento dos sintomas do TOC, que era maior a cada exercício, até desaparecerem por completo. Poderá, ainda, complementar com uma explicação o mais simples possível sobre o desaparecimento de sensações desagradáveis por meio do fenômeno natural da habituação. No quadro da próxima página, é apresentado um exemplo desse tipo de explanação.

DISSIPANDO MEDOS: BOAS E MÁS NOTÍCIAS

Utilizando um pouco de humor, o terapeuta pode dissipar os medos comuns em pacientes com TOC em relação aos exercícios de EPR.

AS BOAS NOTÍCIAS

- Ao paciente, nada será solicitado que não se sinta capaz de realizar.
- As tarefas de casa serão sempre negociadas.

EXEMPLO

“... Diariamente, somos expostos a estímulos incômodos, tais como calor, frio, barulho do ar condicionado, do ventilador ou da geladeira (caso sejam barulhentos), com os quais, depois de certo tempo, geralmente acabamos por nos acostumar. Em um dia frio, ao entrar na piscina ou no mar, leva-se um ‘choque’ nos primeiros minutos, fica-se tremendo de frio, sensação que vai passando aos poucos. Um fenômeno semelhante ocorre quando entramos em um lugar barulhento, como um bar, uma festa, uma boate; sentimo-nos mal no início, devido ao barulho, mas, depois de alguns minutos, nos acostumamos. É difícil entender como pessoas que residem ao lado de uma indústria química que exala forte cheiro de amônia, de um aviário ou de uma granja de criação de porcos, não sentem mais o mau cheiro exalado desses locais, o qual pessoas de fora às vezes não conseguem nem suportar, ou como algumas pessoas podem morar ao lado da pista de um aeroporto sem se incomodarem com o ruído das turbinas dos jatos. Em todos esses exemplos, estamos diante do conhecido fenômeno da habituação – o desaparecimento natural de sensações desagradáveis. Fenômeno semelhante foi observado em praticamente todos os animais, vertebrados e invertebrados: gatos, macacos, pássaros, vermes, moluscos e até em insetos, como moscas. Com os medos, a ansiedade, o nojo, ocorre um fenômeno semelhante: depois de um aumento inicial (p. ex., quando há uma exposição) essas reações vão desaparecendo gradualmente, às vezes de forma rápida, e, outras vezes, demorando um pouco mais de tempo. É como a gente perde o medo de nadar, de andar de bicicleta, de dirigir, de andar de avião, subir em árvores ou de viajar para lugares desconhecidos...” (ver Capítulo 5, Figura 5.1, que pode ser mostrada ao paciente.)

- Será sempre levado em conta, na programação dos exercícios, o grau de dificuldade, começando pelos mais fáceis para depois enfrentar os mais difíceis.
- É inevitável que ocorra um aumento da ansiedade, mas ele é passageiro.
- Lembrete: “Tudo o que sobe, desce!”.
- Não há como vencer o medo sem provocá-lo, ou não se perdem medos sem enfrentá-los.

AS MÁS NOTÍCIAS

As más notícias, na verdade, resumem-se a apenas uma:

MITOS E DÚVIDAS EM RELAÇÃO À TCC DO TOC

A terapia do TOC esteve aprisionada durante longo tempo a alguns mitos e crenças erradas, que muitas vezes ainda continuam presentes e podem dificultar a adesão aos exercícios. É importante dar oportunidade ao paciente (e

aos familiares, se estiverem presentes) de expressar suas dúvidas e dissipar seus temores, vencendo eventuais resistências ao tratamento. A seguir, são apresentadas as dúvidas, os temores e os mitos mais comuns.

É ARRISCADO TOCAR NAS COISAS QUE NORMALMENTE SE EVITA OU DEIXAR DE FAZER OS RITUAIS?

Muitos pacientes temem o aumento inicial da ansiedade que ocorre ao realizarem os exercícios de exposição ou deixarem de fazer um ritual. São receios semelhantes aos que ocorrem em pacientes com transtorno de pânico: medo de terem problemas físicos (infarto, acidente vascular cerebral) ou mentais (enlouquecer). A experiência tem demonstrado que o aumento da frequência cardíaca, o aperto no peito, a falta de ar e até as tonturas que podem ocorrer durante os exercícios não representam risco ao sistema cardiocirculatório (como provocar uma crise de angina ou infarto), mas apenas um desconforto que pode ser tolerado e que depois de algum tempo desaparece. Do mesmo modo, não há risco de ocorrer crise de loucura, como se acreditava antigamente, ou de perder totalmente o controle de si mesmo.

COM A ELIMINAÇÃO DE UM SINTOMA, PODE APARECER OUTRO EM SEU LUGAR?

Algumas pessoas perguntam se o fato de eliminar um sintoma não faz automaticamente outro surgir em seu lugar. Era o que se pensava quando se supunha que os sintomas do TOC eram manifestações de conflitos inconscientes e que de nada adiantaria eliminá-los sem resolver sua causa mais profunda. Na verdade, essa hipótese nunca foi comprovada. Ao contrário, diversos estudos têm acompanhado os pacientes após o tratamento, por longos períodos,

alguns por 5 anos ou mais, constatando que as melhorias foram mantidas no longo prazo.^{3,5-7} É comum ocorrerem recaídas, especialmente quando a redução dos sintomas com o tratamento foi parcial. Quando a remissão é completa, os pacientes recaem muito menos ou não recaem.³

BIBLIOTERAPIA

Como complemento à psicoeducação, o terapeuta pode recomendar a leitura de materiais que possam auxiliar na compreensão do transtorno pelo paciente, no esclarecimento de dúvidas e ainda no aumento da motivação para o tratamento. Para isso, podem ser utilizados folhetos, livros ou, ainda, a visita a *sites* especializados na internet. Essa atividade pode ser sugerida como tarefa de casa, e as leituras podem ser realizadas também pelos familiares.

ENVOLVIMENTO DA FAMÍLIA

Na maioria das vezes, o TOC interfere de forma acentuada na vida da família. Os familiares podem ser importantes aliados na TCC ou, eventualmente, dificultá-la, se não compreenderem o que é o TOC, o que fundamenta a terapia e como ela é na prática. É comum, por exemplo, os familiares participarem dos rituais e apoiam sua realização (acomodação familiar) – o que, acredita-se, contribua para a persistência dos sintomas. É conveniente que os membros da família participem com o paciente das sessões psicoeducativas, especialmente quando ele é uma criança ou um adolescente, quando os sintomas são muito graves, quando existem graus elevados de hostilidade, critismo ou de acomodação familiar, para terem a oportunidade de esclarecer suas dúvidas e serem orientados em relação às atitudes mais adequadas, como não participar da realização de rituais, não responder perguntas mais de uma vez, não dar garantias, mesmo em momentos de

grande ansiedade, e evitar críticas ou discussões acaloradas, caso ocorram lapsos ou recaídas. Em adolescentes e adultos, essa participação, entretanto, deve ser combinada com o paciente. (Esse tópico será aprofundado no Capítulo 17 – O TOC e a família.)

MOTIVANDO O PACIENTE PARA O TRATAMENTO: ANÁLISE DO CUSTO/BENEFÍCIO, VANTAGENS E DESVANTAGENS

Para o paciente pouco motivado e indeciso, poderá ser útil uma técnica utilizada em entrevistas motivacionais denominada “exame da relação custo/benefício”, “análise de vantagens e desvantagens” ou, simplesmente, “balança de decisão”. O exercício tem por objetivo colocar na balança as vantagens/desvantagens de realizar ou não a terapia e os custos de manter o TOC. É realizado junto ao paciente; o terapeuta pode acrescentar elementos novos e ajudar a corrigir distorções para que possam chegar a uma avaliação realista e auxiliar o paciente na tomada de decisão.

CUSTO/BENEFÍCIO DO TOC E DE TRATAR O TOC

Poderá pesar na decisão de iniciar ou não o tratamento o exame objetivo dos custos do TOC para o paciente e sua família. Se houver necessidade, no caso de o paciente seguir com dúvidas após as explanações psicoeducativas, o terapeuta poderá, por exemplo, sugerir que ele faça um cálculo dos anos de vida gastos com a doença a partir de uma estimativa do número de horas diárias gastas com a execução de rituais multiplicado pelos anos de duração do transtorno, multiplicado por 365 dias do ano. Poderá listar, ainda, na coluna dos custos, além do tempo gasto, o sofrimento pessoal, o comprometimento da vida pessoal e profissional e do desempenho escolar, o im-

pacto sobre família e o tempo provável que ainda será gasto caso não se livre do TOC. Deve-se lembrar, também, que os sintomas raras vezes desaparecerem espontaneamente, sem tratamento. Costumam durar a vida toda, e, de maneira geral, é difícil vencê-los sem a ajuda de um terapeuta. Qual o principal benefício de fazer rituais? Um alívio passageiro da ansiedade à custa da perpetuação dos sintomas.

O terapeuta poderá, ainda, examinar com o paciente as vantagens e os custos de tratar ou não o TOC, de fazer ou não a TCC.

VANTAGENS DE TRATAR O TOC

- Os sintomas podem ser eliminados para sempre.
- Há melhora nos desempenhos escolar e profissional.
- Há diminuição da ansiedade, da aflição e do desconforto.
- Melhoram as relações pessoais, a relação com a família e o ambiente familiar.
- O tempo dedicado aos rituais pode ser aproveitado para atividades mais interessantes, como lazer, convivência com as pessoas, viagens.
- Na terapia, o aumento da ansiedade é perfeitamente tolerável, em geral é de curta duração e não oferece risco.

CUSTOS E DESVANTAGENS DE TRATAR O TOC

- Os medicamentos têm efeitos adversos e podem ser prejudiciais.
- Os exercícios provocam aumento da ansiedade e do desconforto.
- É necessário ser capaz de tolerar o aumento da ansiedade.
- Exige dedicação e tempo para leituras e realização de exercícios.
- É necessário tempo para ir às consultas.
- O tratamento implica custos financeiros.

A DECISÃO DE INICIAR O TRATAMENTO E A TERAPIA EM PARTICULAR

Um momento importante após as explanações do terapeuta, o esclarecimento das dúvidas e o cálculo do custo/benefício é a decisão de iniciar a TCC. É crucial que o paciente expresse de forma clara e inequívoca sua decisão de iniciar o tratamento e a terapia em particular, que está disposto a fazer os sacrifícios necessários para se livrar dos sintomas e que aceita a sugestão de iniciar o tratamento, mesmo que ainda persistam dúvidas quanto às chances de sucesso. Muitas vezes, a procura por tratamento ocorre apenas por pressão da família (comum, por exemplo, na acumulação compulsiva). Caso contrário, é muito provável que o paciente desista ainda no início. Em situações de indecisão, é interessante recomendar mais leituras e reflexão para que, no momento em que o paciente se sentir de fato convencido da necessidade do tratamento, procure novamente o profissional. Esses pacientes, em geral, não retornam ou demoram a voltar. Iniciar o tratamento e, em especial, a terapia com um paciente ainda sem nenhum *insight*, indeciso e desmotivado é o caminho certo para futuros abandonos ou fracassos terapêuticos, frustrações e resistências ainda maiores. Esses problemas necessitam antes ser superados.

ASSOCIAR OU NÃO ANTIOSSESSIVOS

Uma vez que o paciente tenha tomado a decisão de fazer o tratamento, uma das primeiras questões é verificar se aceita ou não associar antiobsessivos – o que, em geral, é recomendado, especialmente em pacientes com sintomas OC graves, sofrimento intenso, depressão ou ansiedade grave associadas. Essa questão foi discutida no fim do Capítulo 7 e será retomada no Capítulo 15.

➤ AS PRIMEIRAS TAREFAS DA TCC

Decidido o início da terapia, o terapeuta pode propor as primeiras tarefas para casa:

- elaboração da lista de sintomas e classificação pela sua gravidade;
- elaboração do diário ou mapa do TOC;
- solicitação de breve história pessoal sobre início e curso dos sintomas OC e de outros problemas psiquiátricos;
- escolha dos primeiros exercícios de exposição e prevenção de rituais (ou cognitivos);
- avaliação da gravidade dos sintomas.

As duas últimas tarefas podem ser deixadas para a sessão seguinte.

ELABORAÇÃO DA LISTA DE SINTOMAS

Uma das primeiras tarefas práticas que o terapeuta solicita ao paciente é a elaboração de uma lista, o mais completa e detalhada possível, de todos os sintomas que apresenta: obsessões, rituais compulsivos nas diferentes dimensões e evitações, bem como sua graduação em relação à gravidade. A lista é um instrumento fundamental para o planejamento semanal das tarefas e dos exercícios de casa e para o estabelecimento das metas do tratamento. O objetivo da terapia é a eliminação completa dos sintomas, e a lista é uma referência para avaliar periodicamente os resultados.

Ao solicitar a elaboração da lista, é interessante o terapeuta relembrar as características das principais manifestações do TOC: obsessões, compulsões, evitações, procurando ilustrá-las com exemplos do próprio paciente. Conceitos e exemplos podem ser revistos no Capítulo 1.

Também devem ser inclusos na lista os comportamentos que são consequência dos sintomas OC, como as compulsões mentais e

as neutralizações, a lentidão motora (demora no banho, para se arrumar), a indecisão e a demora em tomar decisões, a repetição de perguntas aos familiares para ter garantias de que fez algo bem feito ou não fez nada errado, o repasse mental de dúvidas ou argumentos. É importante que a lista seja o mais detalhada e específica possível, incluindo o máximo de situações que provocam as obsessões e dando especial atenção às compulsões e às evitações, sintomas que são a matéria-prima da TCC do TOC.

Existem duas maneiras de elaborar a lista de sintomas: de uma forma mais livre e não estruturada ou por meio de um instrumento. Na forma não estruturada, o paciente anota em uma folha de papel ou no seu caderno de exercícios (que é interessante recomendar que tenha) suas obsessões que se manifestam sob a forma de pensamentos intrusivos, muitas vezes inaceitáveis, medos, nojos, e tudo o que faz para afastá-los: rituais compulsivos (lavar as mãos, não tocar, repetições) e comportamentos evitativos que lhe pareçam ser sintomas do TOC. Conforme apontado, a lista deve ser o mais completa e detalhada possível, incluindo os locais ou as circunstâncias que ativam e o número de vezes que é compelido a executar quando se trata de uma compulsão (p. ex., quantas vezes verifica o gás, quais são os objetos sem utilidade acumulados, quais são as roupas que evita usar ou quais os pensamentos intrusivos que o atormentam, etc.).

A lista pode começar pelos sintomas mais graves e prosseguir até os considerados menos graves, pontuando-os por meio de escalas subjetivas de desconforto, como a Subjective Units of Distress Scale (SUDS), desenvolvida por Joseph Wolpe, com escores que vão de 0 a 100 – ou então de forma mais simples, atribuindo um escore de gravidade de 0 a 4 (ausente, leve, moderado, grave, muito grave). Na atribuição do escore, deverão ser levados em conta o grau de ansiedade causada, no caso das obsessões, e o grau de dificuldade ou desconforto que

imagina que irá sentir, caso se abstenha de executar os rituais ou de tocar no que costuma evitar. Depois de feita a lista, pode-se solicitar ao paciente que separe os itens da lista principal em três outras listas secundárias, contendo:

- 1 os sintomas de intensidade leve (cuja exposição ou abstenção do ritual provocaria ansiedade leve);
- 2 os de intensidade moderada;
- 3 os de intensidade grave ou muito grave. Os exercícios de EPR naturalmente começariam pela lista dos sintomas leves. Tem sido verificado, no entanto, que a graduação não é tão importante como se imaginava, e algumas vezes se pode iniciar, por exemplo, pelos exercícios que mais interferem na família.

A segunda forma de elaboração da lista é por meio do preenchimento de formulários com listas de sintomas do TOC preestabelecidos, como a Y-BOCS Check List ou a Lista de Sintomas, adaptada para pacientes do nosso meio (Formulário 2, p. 416). O formulário consiste em uma lista de afirmativas autorrespondidas sobre obsessões, compulsões e comportamentos evitativos abrangendo as diversas manifestações do TOC que o paciente preenche atribuindo notas de 0 a 4: 0 – ausente; 1 – leve; 2 – moderado; 3 – grave; e 4 – muito grave.

ELABORAÇÃO DO DIÁRIO OU MAPA DO TOC

Um segundo instrumento útil para o planejamento das tarefas de EPR é o diário de sintomas ou mapa do TOC (Formulário 5, p. 432). No dia a dia do paciente, existem alguns horários, locais ou situações que são mais críticos porque estão associados à ativação das obsessões e de comportamentos compulsivos como os rituais e as evitações. São também chamados de “situações-gatilho” e, no modelo cognitivo-

-comportamental (ABC), são denominados “situações ativadoras” (definidas por A, do inglês *activating events*). Essas situações desencadeiam obsessões expressas sob a forma de pensamentos automáticos catastróficos (B, *beliefs*), que, por sua vez, resultam em consequências (C, *consequences*), incluindo respostas emocionais (medo, ansiedade), comportamentais (compulsões, evitações, neutralizações) e autonômicas (taquicardia, tensão muscular, hiperventilação). As situações-gatilho são aquelas nas quais o paciente acredita existir um risco maior de se contaminar, de cometer uma falha, com consequências graves para o futuro.

Por que um diário ou mapa do TOC? O mapa do TOC auxilia o paciente a se dar conta de que ao longo do seu dia existem horários, situações e locais que são mais críticos porque provocam as suas obsessões, a necessidade de executar rituais e os comportamentos evitativos. O “mapa” circunscreve, delimita os problemas a certos horários e locais, identifica os momentos e as situações nos quais o paciente é mais vulnerável, o que facilita o planejamento antecipado de estratégias para enfrentá-los. É interessante saber que o TOC tem horário e local para se manifestar. Auxilia, ainda, o paciente a desenvolver o hábito de se observar ou se automonitorar. Os rituais do TOC, muitas vezes, tornam-se hábitos executados de forma automatizada e, por esse motivo, com frequência não são percebidos. Se não desenvolver esse novo hábito, torna-se difícil modificá-lo. Fazer alguns registros por escrito permite focalizar a atenção para o que ocorre em certos locais, horários e situações, para o que passa em sua cabeça, o que sente e o que faz e relacionar obsessões com suas consequências cognitivas (metacognições ou avaliação secundária), emocionais e comportamentais.

Como preencher o diário ou mapa do TOC? Pode-se sugerir ao paciente que escolha um ou mais dias da semana que considera o(s) pior(es) ou no(s) qual(is) apresenta o maior nú-

mero de sintomas e fazer um registro no fim do dia. Lembrar as situações, os horários e os locais nos quais, ao longo do dia, sentiu medo, aflição, ansiedade e o que foi compelido a fazer nessas ocasiões (lavagens, verificações, evitações, neutralizações) e preencher o Formulário 5, p. 432. Algumas perguntas poderão auxiliá-lo: “O

EXEMPLOS DE LOCAIS OU SITUAÇÕES CRÍTICOS E RITUAIS OU COMPORTAMENTOS EVITATIVOS ASSOCIADOS

- ao sair de casa: dúvidas e necessidade de verificar portas, fogão, eletrodomésticos, torneiras, documentos na carteira;
- na rua: ao passar perto de uma lixeira ou de um mendigo;
- ao estacionar o carro: dúvidas e necessidade de verificar portas e vidros, freio de mão;
- ao chegar em casa: medo de contaminar a casa com germes trazidos da rua; necessidade de lavar as mãos, não entrar com os sapatos que usou na rua, não sentar no sofá sem tomar banho ou trocar as roupas antes;
- antes de deitar: dúvidas e necessidade de verificar portas, janelas, gás, fogão, geladeira, torneiras, eletrodomésticos ou de fazer rituais supersticiosos;
- ao frequentar banheiros públicos: evitar tocar no trinco da porta, na torneira, na tampa do vaso, na descarga ou usar papel para fazê-lo; medo de contaminação.

que me passou pela cabeça naquele local ou naquela ocasião? O que fui obrigado a fazer, ou o que tive medo de fazer? O que evitei?". Para os primeiros registros, é interessante solicitar a ajuda de um familiar, que muitas vezes percebe mais os sintomas OC e os horários e locais críticos do que o próprio paciente.

BREVE HISTÓRIA DOS SINTOMAS

Como nem sempre há tempo para uma coleta detalhada da história dos sintomas OC, o profissional poderá solicitar que o paciente o faça em casa, junto à elaboração da lista dos sintomas, o mapa do TOC e os exercícios de EPR, eventualmente auxiliado por um familiar. É uma forma de ganhar tempo e envolvê-lo no tratamento. São interessantes informações sobre o início dos sintomas, seu curso até a data da consulta, os tratamentos realizados e os resultados obtidos. Devem-se incluir os medicamentos utilizados com as respectivas doses e tempos de uso, a resposta, bem como todos os medicamentos que está utilizando no momento, se for o caso.

➤ ESCOLHA DOS PRIMEIROS EXERCÍCIOS DE EXPOSIÇÃO E PREVENÇÃO DE RESPOSTA

Um dos segredos do sucesso da TCC é uma escolha bem feita dos primeiros exercícios de exposição e prevenção de resposta. Ter sucesso nessas primeiras tarefas aumenta a autoestima, as crenças relacionadas à autoeficácia, e é um forte elemento motivador para a realização de novos exercícios, considerados mais difíceis. Já o insucesso pode provocar desânimo e contribuir para o abandono da terapia. As primeiras tarefas devem ser bem negociadas com o paciente, levando em conta algumas das garantias dadas de que elas serão sempre estabelecidas de comum acordo, de que serão sempre respei-

tados os níveis de dificuldade e de que nada será solicitado que o paciente não acredite ser capaz de realizar (o princípio da autoeficácia).

A seguir, são apresentadas algumas recomendações para fazer a escolha, em conjunto com o paciente, dos primeiros exercícios de exposição e prevenção de resposta.

COMEÇAR PELOS RITUAIS E PELAS EVITAÇÕES

Tanto os rituais como as evitações são comportamentos voluntários e conscientes mais fáceis de serem percebidos e mais observáveis. As obsessões são eventos mentais involuntários e mais difíceis de serem identificados e controlados e, portanto, mais difíceis de serem abordados pelas técnicas comportamentais. É mais fácil, portanto, planejar os exercícios de exposição para as evitações e de prevenção de resposta para as compulsões, que são também os sintomas que melhor respondem à TCC. O primeiro passo, portanto, consiste em localizar, na lista, esse tipo de sintoma com a respectiva gravidade.

A EXPOSIÇÃO DEVE SER GRADUAL E COMEÇAR PELOS EXERCÍCIOS MAIS FÁCEIS

Depois de identificar, na lista, as compulsões e as evitações, o terapeuta poderá perguntar ao paciente quais rituais ele considera mais fácil de deixar de fazer (ou cuja abstenção provoca menos ansiedade), no caso das compulsões. No caso das evitações, tocar em quais objetos e entrar em quais lugares ele considera mais fácil ou provoca menos ansiedade. Devem-se incluir na lista das tarefas da semana os exercícios considerados os mais fáceis de realizar ou de dificuldade menor ou que foram pontuados com menor gravidade na lista de sintomas e que o paciente acredita ter pelo menos 80% de chance de realizar, conforme recomenda o dr. Lee Baer, um dos primeiros a

escrever um manual para a terapia de EPR do TOC.² Caso esse percentual esteja abaixo de 80%, podem-se alterar as condições de realização, como reduzir o tempo do exercício e ver se as chances de realizá-lo aumentam, ou, então, desistir de incluí-lo como tarefa da semana, deixando para mais adiante.

COMEÇAR COM TERAPIA ASSISTIDA QUANDO OS EXERCÍCIOS FOREM MUITO DIFÍCEIS

O que fazer quando todos os exercícios são muito difíceis e nenhum é fácil? As pesquisas, em geral, mostram que o paciente tem mais facilidade de realizar exercícios quando assistido por um familiar ou pelo próprio terapeuta. No próprio consultório, o terapeuta pode executar os exercícios perante o paciente como demonstração e, depois, solicitar que repita ele mesmo. Ambos podem sentar no tapete, pisar no banheiro com os pés descalços, tocar no lixo, em dinheiro, na tampa do vaso sanitário, no sabonete usado, segurar a maçaneta

da porta, tocar na sola dos sapatos e “espalhar a sujeira” pelo corpo sem lavar as mãos depois.

ESCOLHER DE 6 A 8 OU MAIS TAREFAS POR SEMANA

A experiência clínica ensina um fato paradoxal: quanto maior o número de sintomas na lista, mais fácil é a escolha, pela simples razão de que é mais provável que existam tarefas mais fáceis e mais difíceis. Quando a lista contém muitos sintomas de várias dimensões, recomenda-se selecionar o maior número de tarefas que o paciente considere ser capaz de cumprir, geralmente de 6 a 8 ou até mais, nas quais concentrará os exercícios. Às vezes, poderá escolher apenas uma, se lhe toma muito tempo, provoca muita aflição ou interfere diariamente de forma considerável em sua vida pessoal ou de sua família.

CONDIÇÕES NECESSÁRIAS PARA QUE OS EXERCÍCIOS SEJAM EFETIVOS

Uma vez selecionados os exercícios de comum acordo, o terapeuta deve orientar o paciente sobre algumas regras a serem obedecidas para que os exercícios sejam efetivos.

EXEMPLOS DE EXPOSIÇÃO GRADUAL

- tocar com a ponta do dedo indicador na ponta do sapato;
- colocar a mão em cima do sapato durante 1 minuto;
- tocar com a mão na sola do sapato durante meio minuto;
- tocar nas roupas depois de ter tocado na sola do sapato (“espalhar a contaminação”);
- tocar com o dedo na língua depois de tocar na ponta do sapato.

FAZER OS EXERCÍCIOS PELO MAIOR TEMPO POSSÍVEL

Na prática, o objetivo dos exercícios de exposição e prevenção de resposta é provocar a habituação e a extinção do impulso de executá-los. O ideal é que a exposição ou a abstenção de executar os rituais prossigam até que a aflição ou o desconforto desapareçam por completo, o que às vezes ocorre em minutos (de 5 a 10 minutos), às vezes somente depois de horas. Se isso for inviável, o paciente deve fazer os exercícios por um longo tempo, mantendo-se em contato com o que lhe causa ansiedade

ou se abstendo de fazer o ritual pelo maior tempo possível. Exposições de 2 horas são mais efetivas do que exposições de 30 minutos.⁸

REPETIR OS EXERCÍCIOS O MAIOR NÚMERO DE VEZES POSSÍVEL

O paciente deve fazer os exercícios o maior número de vezes ao longo do dia e da semana e diminuir ao máximo o intervalo entre um exercício e outro. Quanto mais frequentes, principalmente no início do tratamento, melhores são os resultados.^{8,9}

ENTREGAR-SE TOTALMENTE AOS EXERCÍCIOS E EVITAR NEUTRALIZÁ-LOS

Ao fazer os exercícios, devem-se evitar manobras mentais disfarçadas, rituais ou evitações dissimulados ou sutis que neutralizem o efeito da exposição ou da abstenção do ritual. Exemplos: abster-se de lavar as mãos depois de ter

tocado em objetos contaminados, mas estabelecer um tempo depois do qual irá lavá-las; decidir que irá tomar um banho e trocar as roupas depois de chegar de uma visita ao hospital ou depois de ter ido a um funeral após um número X de minutos; dar uma olhada discreta ou passar a mão depois de fechar a porta da geladeira ou depois de assinar um documento para ter certeza de que o fez corretamente; não lavar as mãos ao chegar em casa, mas evitar tocar em qualquer objeto até tomar banho, etc. Evitar querer obter garantias com os familiares fazendo perguntas do tipo: "Garante que minhas mãos estão bem lavadas?" ou "Garante que eu fechei bem a porta?".

IDENTIFICAR AS SITUAÇÕES-GATILHO PARA AS OBSESSÕES E COMPULSÕES E PROGRAMAR OS EXERCÍCIOS COM ANTECEDÊNCIA

No diário, o paciente identificou as situações-gatilho, os horários e os locais nos quais é compelido a realizar seus rituais ou evitações. Deverá prestar atenção especial a essas ocasiões e programar com antecedência os exercícios que irá fazer, bem como seu tempo de duração. Alguns exemplos: "Vou sentar na cama com a roupa da rua durante 10 minutos quando chegar em casa hoje" ou "Hoje à noite não vou verificar o fogão ou o gás antes de deitar". Poderá planejar a quebra de sequências ou trajetos que executa sempre da mesma maneira (como ir ao trabalho sempre pela mesma rua, levantar pisando no chão com o mesmo pé, subir escadaria contando os degraus, etc.). Exercícios programados com antecedência são mais efetivos do que os não programados.¹⁸

EXEMPLOS DE TAREFAS OU EXERCÍCIOS DE CASA

- não lavar as mãos depois de chegar da rua e tocar em objetos da casa;
- apertar a mão dos colegas de trabalho e não lavar as mãos depois;
- verificar a porta e as janelas apenas uma vez antes de deitar;
- deixar objetos desalinhados em cima da mesa;
- não lavar a torneira da pia do banheiro antes ou depois de usá-la;
- segurar no corrimão do ônibus e não lavar as mãos depois.

FAZER OS EXERCÍCIOS PRESTANDO ATENÇÃO

Focar a atenção no exercício e evitar distrair-se (neutralizar) parece favorecer a habituação

no intervalo entre as sessões e, consequentemente, os resultados na terapia.⁸

USAR LEMBRETES

Lembretes podem ser úteis para tranquilizar o paciente e controlar pensamentos catastróficos. Pode ser proveitoso escrever alguns lembretes em cartões e mantê-los ao seu alcance (bolso da camisa) e relê-los várias vezes ao longo da semana. Exemplos de lembretes:

- Minha aflição não vai durar para sempre! Vai chegar um momento em que ela vai passar!
- A aflição não é um foguete que sobe sempre. Vai até certo ponto e depois desce! Tudo o que sobe desce!
- Quanto mais me preocupo com um pensamento, mais tempo ele permanece na minha mente!

SER GENEROSO CONSIGO MESMO

Na maioria das vezes, é difícil cumprir 100% dos objetivos estabelecidos como exercícios para casa. Pacientes perfeccionistas que não conseguem realizar todos os exercícios da forma planejada tendem a se culpar e considerar que estão fracassando na terapia. Para eles, falhar em parte equivale a falhar no todo. O terapeuta deve auxiliá-los a não desqualificar o que conseguiu, a valorizar pequenos ganhos ou realizações mesmo que parciais e, sobretudo, a não desistir. Em suma: ser generoso para consigo mesmo.

➤ AVALIAÇÃO DA GRAVIDADE DOS SINTOMAS

É interessante, antes do início do tratamento propriamente dito, no fim da primeira ou segunda sessão, avaliar a gravidade dos sintomas OC com o objetivo de ter uma referência para avaliar periodicamente os resultados do tratamento e da terapia. Para essa finalidade, podem ser utilizados a escala Y-BOCS (Formulário 3, p. 426), aplicada pelo entrevistador, e o Inventário de Obsessões e Compulsões – Revisado (OCI-R), (Formulário 4, p. 430),¹⁰ respondido pelo próprio paciente e que, além de um escore global, pontua também sintomas específicos ou dimensões. As duas escalas foram descritas no Capítulo 7, página 143, e encontram-se nos Anexos (Formulários 3, p. 426 e 4, p. 430).

As quatro regras de ouro da terapia de exposição e prevenção de rituais:²

1. Enfrente as coisas de que você tem medo tão frequentemente quanto possível.
2. Se você perceber que está evitando algum objeto ou situação, enfrente-o.
3. Se você sentir necessidade de fazer algum ritual para se sentir melhor, faça esforço para não realizá-lo.
4. Repita os passos 1, 2 e 3 o maior número de vezes e pelo maior tempo possível.

- No início da TCC para o TOC, deverão ser realizadas as seguintes tarefas: a psicoeducação do paciente sobre o TOC e a TCC, o preenchimento da lista de sintomas e do mapa do TOC, a escolha dos primeiros exercícios de exposição e prevenção de resposta e a avaliação da gravidade dos sintomas.
 - A psicoeducação sobre o que é o TOC, suas manifestações, os fatores que contribuem para o surgimento e manutenção dos sintomas, tem como objetivo auxiliar o paciente a reconhecer as manifestações do transtorno e seus prejuízos, a compreender os fatores psicológicos que contribuem para sua manutenção, os tratamentos existentes e motivá-lo a fazer o tratamento.
 - A explanação do que é a TCC e de seus fundamentos, de como funciona na prática, a explicação do fenômeno da habituação, o esclarecimento de dúvidas, mitos e verdades sobre o TOC e a terapia e a análise de custos e benefícios podem auxiliar o paciente a tomar a decisão de iniciar o tratamento e aderir aos exercícios de EPR.
 - Sempre que possível, é recomendável que os familiares participem da psicoeducação sobre o TOC e da decisão de iniciar o tratamento. Em crianças, adolescentes, pacientes graves, poderão, ainda, auxiliar na elaboração da lista de sintomas, bem como nos exercícios de EPR.
 - Depois de tomada a decisão de iniciar o tratamento, as primeiras tarefas a serem realizadas são a elaboração da lista, o mais completa possível, dos sintomas OC e do diário ou mapa do TOC.
 - No diário ou mapa do TOC, devem constar os locais, os horários e as situações que provocam as obsessões, a necessidade de executar rituais e os comportamentos evitativos, o que facilita a programação com antecedência dos exercícios de EPR.
 - Os exercícios de EPR devem iniciar pelos rituais e pelas evitações; devem ser graduais, começando pelos que forem considerados mais fáceis e que provocam menos aflição. Recomenda-se escolher de 6 a 8 ou mais tarefas por semana. Sugere-se fazer os exercícios pelo maior tempo e o maior número de vezes possível, entregando-se totalmente a eles e evitando neutralizá-los com rituais encobertos ou dissimulados.
 - Incluir na lista de tarefas da semana apenas exercícios que o paciente acredita ter pelo menos 80% de chance de realizar.

- A TCC, na maioria das vezes, começa pelos exercícios de EPR, e, em um segundo momento, são introduzidos os exercícios cognitivos. Entretanto, quando os sintomas são muito graves, quando há obsessões de conteúdo inaceitável, ruminações obsessivas, quando as crenças são supervalorizadas, quando a falta de *insight* e de motivação dificulta a adesão aos exercícios de EPR, inicia-se com técnicas cognitivas.
 - É importante, no início da terapia, fazer uma avaliação da gravidade dos sintomas OC e repetir periodicamente essa avaliação. Ela pode ser feita pela aplicação de escalas como a Y-BOCS, que é aplicada pelo terapeuta, e pelo OCI-R, que é respondido pelo próprio paciente. As pontuações nessas escalas possibilitam avaliar o andamento da terapia.

REFERÊNCIAS

1. Marks IM, O'Sullivan G. Drugs and psychological treatments for agoraphobia/panic and obsessive-compulsive disorders: a review. *Brit J Psychiatry*. 1988;153:650-55.
 2. Baer L. Getting control: overcoming your obsessions and compulsions. New York: Plume Book; 2000.
 3. Braga DT, Cordioli AV, Niederauer K, Manfro GG. Cognitive behavioral group therapy for obsessive-compulsive disorder: a 1-year follow-up. *Acta Psychiatr Scand*. 2005;112(3):180-6.
 4. Cammarota M, Bevilaqua LR, Vianna MR, Medina JH, Izquierdo I. The extinction of conditioned fear: structural and molecular basis and therapeutic use. *Rev Bras Psiquiatr*. 2007;29(1):80-5.
 5. van Oppen P, van Balkom AJ, de Haan E, van Dyck R. Cognitive therapy and exposure in vivo alone and in combination with fluvoxamine in obsessive-compulsive disorder: a 5-year follow-up. *J Clin Psychiatry*. 2005;66(11):1415-22.
 6. Foa EB, Cashman LF, Jaycox L, Perry KA, Kozak MJ. The cognitive-behavioral model of obsessive-compulsive disorder. *Cognit Ther Res*. 1991;15(4):357-72.
 7. Borges CP, Meyer E, Ferrão YA, Souza FP, Sousa MB, Cordioli AV. Cognitive-behavioral group therapy versus sertraline for obsessive-compulsive disorder: five-year follow-up. *Psychother Psychosom*. 2011;80(4):249-50.
 8. Antony MM, Roemer L. Behavior therapy. Washington: American Psychological Association; 2011.
 9. Foa EB, Jameson JS, Turner RM, Payne LL. Massed vs. spaced exposure sessions in the treatment of agoraphobia. *Behav Res Ther*. 1980;18(4):333-8.
 10. Souza FP, Foa EB, Meyer E, Niederauer KG, Raffin AL, Cordioli AV. Obsessive-compulsive inventory and obsessive-compulsive inventory-revised scales: translation into Brazilian Portuguese and cross-cultural adaptation. *Rev Bras Psiquiatr*. 2008;30(1):42-6.

9

ARISTIDES VOLPATO CORDIOLI

A continuação da terapia, a alta e a prevenção de recaídas

OBJETIVOS

- Estruturar as sessões da terapia cognitivo-comportamental (TCC) para o transtorno obsessivo-compulsivo (TOC).
- Dar continuidade aos exercícios de exposição e prevenção de resposta (EPR).
- Introduzir as técnicas cognitivas quando indicadas.
- Avaliar o andamento da terapia e lidar com os impasses.
- Encaminhar a alta do paciente.
- Auxiliar o paciente a prevenir recaídas.

A TCC do TOC consiste, na maioria das vezes, em 10 a 20 sessões. As primeiras sessões destinam-se à avaliação do paciente, à psicoeducação sobre o transtorno e à motivação para o tratamento e escolha das primeiras tarefas de EPR. Se o paciente mostrou boa compreensão sobre o que é o TOC, tem bom *insight* sobre a doença, consegue com clareza identificar obsessões, compulsões e evitações, está motivado e dá sinais de que irá aderir aos exercícios, a terapia prosseguirá na fase denominada “continuação do tratamento”. Essa fase tem como objetivos o aprofundamento da psicoeducação, a consolidação dos conhecimentos do paciente sobre TOC e modelo cognitivo, a continuação dos exercícios de EPR com a proposição de tarefas para casa a cada sessão e específicas para os sintomas que apresenta, a introdução dos exercícios cognitivos, quando indicados, a avaliação periódica do andamento da terapia, o manejo de eventuais dificuldades e impasses, a alta e a prevenção de recaídas.

O TOC é um transtorno heterogêneo, e não há um protocolo único para todos os pacientes. Na verdade, a TCC tem que ser adaptada para cada paciente, em razão dos seus sintomas e da sua capacidade de fazer os exercícios. Em linhas gerais, as intervenções cruciais

são as mesmas para todos: psicoeducação, exposição e prevenção de respostas (de rituais, neutralizações, hipervigilância). Intervenções cognitivas são utilizadas para a correção de crenças disfuncionais, para melhorar o *insight* e a adesão aos exercícios e para reduzir a ansiedade, quando grave ou muito grave. Decidir quais os exercícios práticos, quais tarefas de casa são as mais indicadas, para quais pacientes e em que momentos e quais as intervenções cognitivas a serem acrescentadas exige do terapeuta discernimento, sensibilidade, empatia, capacidade de julgamento e bastante experiência prática.

Ao longo da terapia e com o auxílio do terapeuta, o paciente irá, de forma gradual, adquirindo habilidades e conhecimentos que modificarão sua forma de perceber e de lidar com os sintomas obsessivo-compulsivos (OC). A aquisição dessas habilidades se dá basicamente pela recapitulação e pelo aprofundamento dos conhecimentos e de informações ventiladas na fase inicial e pela repetição dos exercícios de EPR e dos exercícios cognitivos. As funções do terapeuta são semelhantes às de um treinador, que conhece as dificuldades, as fraquezas e os recursos do seu cliente e que indicará, a cada sessão da terapia, os exercícios que na sua avaliação (ou intuição) ele tem boas chances de executar. A continuação do tratamento depende muito dessa capacidade do terapeuta de avaliar, junto ao paciente, ao fim de cada sessão, quais os exercícios mais apropriados para serem feitos em casa.

Embora um pequeno percentual de pacientes possa melhorar rapidamente, a maioria apresenta algum grau de dificuldade, e um percentual significativo, em torno de 30%, não consegue obter resultados com a terapia. É muito comum que isso ocorra quando existem comorbidades (depressão, psicoses, transtorno de déficit de atenção/hipertividade [TDAH], transtorno do humor bipolar [TB], etc.), quando os sintomas são muito graves e muito anti-

gos, quando as convicções sobre o conteúdo das obsessões são muito rígidas ou, ainda, quando o paciente não adere aos exercícios de EPR. Nesses casos, são comuns impasses, que devem ser percebidos e manejados pelo terapeuta o mais precocemente possível para que a terapia não fracasse e o paciente não abandone o tratamento. Superá-los costuma ser um dos principais desafios para o sucesso do tratamento.

Neste capítulo, será descrita a fase de continuação do tratamento: como são as sessões de TCC, como é a continuidade dos exercícios, o manejo de impasses e dificuldades em realizar os exercícios, a introdução de técnicas cognitivas, a avaliação do andamento da terapia, como encaminhar a alta e como prevenir as recaídas.

➤ CONTINUANDO O TRATAMENTO

O objetivo essencial das sessões iniciais da terapia é motivar o paciente para iniciar o tratamento e realizar a TCC, em particular. Como principal recurso, é utilizada a psicoeducação e, eventualmente, entrevistas motivacionais. Para aqueles pacientes que concordam em realizar a terapia, são propostos os primeiros exercícios de EPR. Exercícios cognitivos como o registro de pensamentos disfuncionais (RPD) e técnicas cognitivas para corrigi-los são introduzidos em algum momento durante a terapia, em geral depois de realizados os primeiros exercícios de EPR. A exceção a essa regra são os pacientes que apresentam ideias supervalorizadas a respeito de suas crenças, *insight* pobre ou ausente, crenças supervalorizadas, rígidas ou cristalizadas que dificultam a adesão aos exercícios ou, ainda, quando predominam dúvidas e ruminações obsessivas, obsessões de conteúdo agressivo ou violento/sexual/blasfemo. Nesses pacientes, é conveniente ini-

ciar com técnicas cognitivas, visando à correção das avaliações erradas e das crenças disfuncionais, por exemplo, a fusão do pensamento e da ação (metacognições) (“se eu tenho esses pensamentos, posso cometê-los”), como forma de reduzir a ansiedade e facilitar a adesão aos exercícios. Como regra, entretanto, a terapia focará primeiramente as compulsões e as evitações, e os exercícios preferenciais serão a exposição às situações evitadas (inclusive mentais) e a prevenção dos rituais, iniciando-se por aqueles considerados mais fáceis. Os exercícios cognitivos, como foi comentado, são introduzidos assim que os exercícios de EPR estiverem sendo realizados, pois, nessas circunstâncias, pensamentos automáticos catastróficos e crenças disfuncionais subjacentes aos sintomas são mais facilmente identificados. A terapia é levada adiante por meio de sessões estruturadas, em geral semanais, em consultório. Podem também ser realizadas em domicílio, em ambiente hospitalar e de forma intensiva (até diárias).

ESTRUTURAÇÃO DAS SESSÕES

As sessões da TCC adotam, de modo geral, a seguinte sequência:

- revisão do humor, dos níveis de ansiedade e dos sintomas;
- ponte para a sessão anterior e agenda da sessão;
- revisão das tarefas de casa;
- reforços em psicoeducação, demonstrações de exercícios e exercícios assistidos pelo terapeuta;
- combinação de novas tarefas de EPR e de exercícios cognitivos para casa;
- revisão da medicação (quando o tratamento é combinado);
- resumo da sessão pelo terapeuta;
- avaliação da sessão pelo paciente e encerramento.

VERIFICAÇÃO DO HUMOR, DOS NÍVEIS DE ANSIEDADE E DOS SINTOMAS

A sessão de TCC para o TOC, como na TCC em geral, inicia com a revisão do humor e dos sintomas. É comum o terapeuta começar a sessão com alguma pergunta:

- Como você está se sentindo hoje? Como foi a semana?
- Foi igual, melhor ou pior que a semana anterior?
- Como está seu humor e sua ansiedade hoje e como estiveram durante a semana? Que nota você daria para eles em uma escala de 0 a 10 (ou de 0 a 100)?
- Como estão seus sintomas do TOC de modo geral (lavagem das mãos, verificações, etc.)? Aumentaram, diminuíram ou estão na mesma intensidade nesta última semana em relação à semana anterior?
- Suas obsessões? Aumentaram de intensidade e/ou frequência, estão iguais ou diminuíram (citar exemplos de obsessões para fazer a avaliação)?
- E as compulsões (avaliar citando as mais comuns do paciente)? Aumentaram, diminuíram ou estão iguais?

PONTE PARA A SESSÃO

ANTERIOR E AGENDA DA SESSÃO

Após a revisão do humor ou dos sintomas, o terapeuta pode fazer uma ponte para a sessão anterior com uma pergunta do tipo “o que ficou de importante da sessão passada?” ou, ainda, “alguma dúvida sobre o que conversamos?”. Em seguida, é realizada a agenda da sessão, que, na terapia do TOC, é focada nos sintomas OC e, por esse motivo, não é tão aberta como na TCC em geral, pois, de certa forma, ela já é preestabelecida. De antemão, supõe-se que alguns tópicos irão fazer parte da agenda de praticamente todas as sessões, como a revisão dos exercícios de casa combi-

nados na sessão anterior, a programação de novos exercícios, os reforços na psicoeducação e a revisão dos medicamentos, quando são utilizados combinados à terapia. Essa estruturação das sessões deve, em algum momento no início da terapia, ser informada ao paciente. Deve, entretanto, ser flexível para às vezes contemplar tópicos mais eventuais, como a avaliação do andamento da terapia (aplicação de escalas), o exame de impasses e não adesão às tarefas, as repercussões do TOC na família, a participação de familiares nas sessões, atrasos e faltas sistemáticas, a inclusão e o treino em novos exercícios e, mais ao fim da terapia, a alta e a prevenção de recaídas. A estruturação das sessões poderá, ainda, não ser seguida, caso ocorra algum evento importante na vida do paciente sobre o qual ele deseja falar ou que interfira no andamento da terapia (problemas conjugais, doença na família) e que assuma prioridade, tendo sempre em mente que ela deve voltar ao seu curso assim que possível.

REVISÃO DAS TAREFAS DE CASA

A revisão das tarefas de casa é o primeiro item da agenda a ser discutido na sessão. O terapeuta pode introduzir essa questão com a seguinte pergunta: "Como se saiu nas tarefas que combinamos na sessão passada?". É bom que ele tenha um registro das tarefas prescritas ou que as revise a partir das anotações do próprio paciente em seu caderno de exercícios.

É importante ouvir com atenção o relato de cada um dos exercícios combinados, solicitando detalhes como o número de vezes que foi realizado, a ansiedade sentida, o percentual de vezes nas quais obteve sucesso e se ocorreram dificuldades. Elogios e incentivos, destaque das conquistas e vitórias são importantes nesse momento da sessão, bem como uma atenção para as eventuais dificuldades ou até impasses, pois ao longo de toda a terapia eles estão sempre presentes e, se não forem detec-

tados e enfrentados a tempo, podem ameaçar a continuidade do tratamento.

Conforme a terapia avança, o terapeuta deve ficar atento para eventuais lapsos (falhas eventuais) ou retorno de sintomas que já haviam sido superados, para o surgimento de outros e deve esclarecer os motivos ou circunstâncias.

REFORÇO EM PSICOEDUCAÇÃO, INTRODUÇÃO DE NOVAS TÉCNICAS, PRÁTICA DE EXERCÍCIOS

Em todas as sessões, durante a psicoeducação, são recapitulados e aprofundados tópicos abordados nas sessões iniciais relacionados às manifestações do transtorno, aos modelos etiológicos, em especial ao modelo cognitivo-comportamental, e à explicação que ele oferece para as mudanças na terapia: o efeito da exposição e da abstenção de executar rituais – o fenômeno da habituação. Também deve ser destacada a necessidade de se programar com antecedência os exercícios, de relembrar permanentemente as situações-gatilho, locais e objetos ou pessoas evitados, os horários críticos que ativam os sintomas e de se preparar com antecedência para enfrentá-los.

Desde a fase inicial da terapia, de forma gradual, e durante a continuidade do tratamento, são introduzidas novas técnicas comportamentais ou cognitivas, dependendo dos sintomas específicos que cada paciente apresenta. A introdução de um novo exercício deve ser acompanhada de uma breve explanação sobre ele, o racional que o fundamenta e, na medida do possível, de uma demonstração prática no próprio consultório pelo terapeuta, seguida da realização do exercício pelo paciente.

INTRODUÇÃO DOS EXERCÍCIOS COGNITIVOS

Os exercícios cognitivos (RPD, exame de evidências, seta descendente, etc.) são introduzi-

dos em geral depois dos exercícios de EPR, salvo algumas exceções, conforme apontado inicialmente. Devem ser precedidos por uma familiarização sobre o modelo cognitivo, sobre o que são pensamentos e crenças disfuncionais típicos do TOC (exagerar o risco, excesso de responsabilidade, intolerância à incerteza, etc.), avaliações e interpretações erradas dos conteúdos e da ocorrência dos pensamentos (fusão do pensamento e da ação), sobre a questão da hipervigilância, o efeito Urso Branco e seu papel no TOC. O objetivo é auxiliar o paciente a desenvolver o hábito de identificar seus pensamentos intrusivos, associá-los à necessidade de executar rituais e às evitações e questioná-los quanto a sua validade, não tomando como verdadeiros de forma automática. Geralmente, os pacientes têm mais facilidade de perceber a emoção associada e as consequências comportamentais (rituais, evitações) do que a cognição que as precede.

COMBINAÇÃO DE NOVAS TAREFAS PARA CASA

A primeira forma de combinar os próximos exercícios para casa é por meio da revisão das tarefas da última sessão. Exercícios que não provocam mais ansiedade e são realizados sem nenhuma dificuldade podem ser excluídos da lista de tarefas, embora seja feita a recomendação de que o paciente mantenha as mudanças comportamentais obtidas, continue se expondo e resistindo aos rituais ou, no caso de pensamentos repugnantes, aceite sua presença, não vigie, não lute contra e, sobretudo, não dê importância a eles ou interprete de forma catastrófica sua simples presença. Aqueles exercícios que foram mais difíceis ou que ainda provocam alguma ansiedade, mesmo que pequena, são mantidos na lista das tarefas de casa, devendo ser repetidos o maior número de vezes e pelo maior tempo possível até que o desconforto desapareça por completo e de

forma consistente. Quando as dificuldades foram muito importantes, a ansiedade muito grande ou o paciente não conseguiu realizar os exercícios na maioria das vezes em que tentou, estes devem ser modificados em algum dos seus parâmetros, como o tempo de exposição, o número de vezes, ou devem ser renegociados ou substituídos por outros que ele acredite ser capaz de realizar (pelo menos 80%) e inclusos na lista da próxima semana.

A segunda forma de escolher novos exercícios é mediante a revisão da lista de sintomas do TOC elaborada no início da terapia. O terapeuta verifica, com o paciente, os sintomas que ainda continuam ativos e que não foram abordados para, quem sabe, incluí-los na lista da próxima semana, propondo sempre os que aparentemente seriam os mais fáceis. É interessante prescrever entre 6 e 8 ou até mais tarefas semanais, incluindo exercícios cognitivos, recomendando que o paciente dedique todos os dias um tempo definido e previsto com antecedência para a realização dos exercícios, idealmente 1 hora por dia. Deve-se solicitar sempre que anote as tarefas combinadas em seu caderno de exercícios. Depois de combinadas, o terapeuta as recapitula, sublinhando algumas atitudes importantes a serem observadas na sua realização (expor-se pelo maior tempo possível ou até a ansiedade passar e o maior número de vezes, planejar com antecedência exposições e abstenções de rituais levando em conta o mapa ou diário do TOC, evitar manobras dissimuladas para reduzir a exposição – olhar, perguntar, solicitar garantias com algum familiar, etc.).

REVISÃO DA MEDICAÇÃO (NO TRATAMENTO COMBINADO)

No TOC, é comum o uso associado de medicamentos antiobsessivos, que podem ser prescritos pelo próprio terapeuta ou por outro profissional, quando o terapeuta não é médico. An-

tes do fim da sessão, em qualquer das duas hipóteses, devem-se verificar a adesão aos medicamentos, a ocorrência de efeitos colaterais e reações adversas, fazer os eventuais ajustes de doses, se necessário, ou recomendar o contato com o médico que prescreveu os medicamentos, se for o caso. (Ver Cap. 15 para mais informações sobre a farmacoterapia do TOC.)

RESUMO DA SESSÃO PELO TERAPEUTA

Ao longo da sessão, o terapeuta faz pequenos sumários destacando pontos relevantes da psi-coeducação, recomendações, como superar dificuldades, etc. No encerramento, faz um sumário mais geral do que foi abordado e dos exercícios combinados para a próxima sessão.

AVALIAÇÃO DA SESSÃO PELO PACIENTE E ENCERRAMENTO

A sessão é encerrada com a avaliação do paciente sobre ela, o que pode ser feito com uma pergunta simples: “Da sessão de hoje, o que você destacaria?” ou “De tudo o que falamos hoje, o que ficou de mais importante para você?”.

► AVALIAÇÃO PERIÓDICA DO ANDAMENTO DA TERAPIA

USO DE ESCALAS

É próprio da TCC o monitoramento contínuo do andamento da terapia. Com essa finalidade, são aplicados instrumentos ou escalas padronizadas que avaliam a gravidade dos sintomas, como a Escala de Sintomas Obsessivo-compulsivos Yale Brown (Y-BOCS) (aplicada pelo terapeuta) e o Inventário de Obsessões e Compulsões-Revisado (OCI-R) (respondido pelo próprio paciente). Na TCC, o objetivo de sua aplicação é verificar se está havendo ou não redução na intensidade dos sintomas OC e qual a intensidade dessa redução. Recomenda-se

aplicá-las mensalmente durante a terapia e comparar aos escores obtidos antes do início do tratamento. A meta é a eliminação completa dos sintomas (Y-BOCS < 8). Nas pesquisas, de modo geral, se considera que o tratamento foi eficaz quando a redução é igual ou superior a 35%. É importante observar quando esse índice é atingido – o que tem sido utilizado como indicativo de resposta ao tratamento. No entanto, nem sempre esse grau de redução é satisfatório do ponto de vista clínico, principalmente quando os sintomas, no início, eram graves, pois, mesmo tendo havido boa redução, podem continuar ainda graves ou interfirindo de forma severa na vida do paciente. É fundamental que os sintomas diminuam para menos de 16 na escala Y-BOCS ou, idealmente, para menos de 8. Este é o escore que muitas pessoas que não apresentam TOC pontuam na escala e tem sido usado como um dos critérios de remissão completa dos sintomas. As escalas Y-BOCS e OCI-R foram descritas no Capítulo 7 – Avaliação do paciente com TOC, página 143 (Formulários 3, p. 426, e 4, p. 430).

REVISÃO DA LISTA OU DO QUESTIONÁRIO DE SINTOMAS

Uma segunda forma de avaliar o andamento da terapia de maneira qualitativa é mediante a análise periódica da lista dos sintomas elaborada no início do tratamento. A eliminação por completo das obsessões, compulsões e evitações contidas na lista representa a meta a ser atingida com a TCC. Ela pode ser revisada a cada sessão para a escolha das novas tarefas, conforme apontado. Permite, ainda, uma análise do sucesso obtido e do que ainda falta alcançar. Muitas vezes, de forma muito rápida, uma grande quantidade de sintomas, ou sintomas muito graves, foram completamente eliminados. Em outros casos, a eliminação pode ser extremamente lenta ou não estar ocorrendo. Nesse último caso, o não avanço na elimi-

nação de sintomas deve servir de alerta ao terapeuta de que a terapia não está tendo resultados, o que deve ser examinado prioritariamente. A revisão da lista também é importante para incluir novos sintomas que surgiram, inclusive durante o tratamento, ou que, embora já existentes de longa data, só foram identificados depois de iniciar a terapia.

OBJETIVO DA TERAPIA: A ELIMINAÇÃO COMPLETA DOS SINTOMAS

Em geral, os primeiros sintomas que desaparecem durante a terapia são os rituais compulsivos, seguidos das evitações, e, por último, as obsessões. Essa peculiaridade dos efeitos da TCC reside provavelmente no fato de que rituais e evitações são comportamentos voluntários, que dependem mais da determinação do próprio paciente em resistir a eles, enquanto as obsessões dependem da extinção de emoções negativas (medo, ansiedade) associadas aos estímulos ativadores das obsessões, como objetos, locais ou situações. É um processo mais demorado, pois está relacionado à modificação de uma memória implícita (não declarativa), que só ocorre com a repetição dos exercícios e com novos pareamentos dos referidos estímulos com respostas (emocionais) neutras. Dessa forma, os estímulos passam a perder a propriedade de provocar ansiedade.¹

➤ IMPASSES E NÃO ADESÃO AOS EXERCÍCIOS

Revisar os níveis de ansiedade no início da sessão, aferir com periodicidade a gravidade dos sintomas por meio de escalas e revisar a lista de sintomas OC são estratégias que permitem avaliar o andamento da terapia e, indiretamente, a adesão do paciente aos exercícios e às tarefas de casa. Auxiliam, ainda, conforme

indicado, a identificar de modo precoce dificuldades e impasses que, se não percebidos e ultrapassados no tempo mais breve possível, podem determinar a interrupção e até o abandono da terapia.

Em geral, depois de 4 a 6 sessões, deve-se notar alguma redução dos escores e na lista de sintomas. Se nenhum resultado for percebido, é interessante revisar as razões do insucesso. O diagnóstico pode estar incorreto, talvez o paciente apresente sintomas muito graves e não adesão aos exercícios, talvez continue tendo pouco ou nenhum *insight* ou motivação. Pode também ter acontecido que os exercícios propostos inicialmente provocavam níveis muito elevados de ansiedade. Isolados ou em conjunto, esses fatores podem acarretar baixa ou nenhuma adesão ao tratamento. É possível, ainda, que o paciente apresente comorbidades não percebidas na avaliação inicial que podem estar interferindo nos resultados e que exijam modificações na abordagem (depressão, transtorno da personalidade obsessivo-compulsiva [TPOC], transtornos de ansiedade, TDAH, TB, etc.) ou abordagens complementares envolvendo, por exemplo, medicamentos, ou, se eles já estiverem em uso, a modificação de suas doses ou, ainda, a adoção de estratégias de potencialização. Por fim, é possível que existam avaliações, interpretações erradas ou crenças supervalorizadas ou até delirantes que impeçam a prática dos exercícios. Revisar o diagnóstico, a motivação e, se for o caso, refazer as entrevistas motivacionais (vantagens e desvantagens de fazer rituais), reforçar tópicos da psicoeducação (a função dos rituais, o fenômeno da habituação), introduzir exercícios cognitivos para modificar crenças supervalorizadas, recombinar exercícios em um nível que o paciente acredite (80%) ser capaz de realizar e propor terapia assistida por algum familiar ou acompanhante terapêutico são estratégias que podem vencer impasses e melhorar a adesão aos exercícios.

Impasses não podem prosseguir por muitas sessões, sob pena de colocar em risco a terapia. O Capítulo 16, Quando o tratamento não funciona, aborda em mais profundidade essas questões.

► PARTICIPAÇÃO DA FAMÍLIA

Na TCC do TOC, é comum a participação da família ou de algum familiar próximo. Essa participação é muito importante em alguns momentos da terapia: no início, durante a psicoeducação e na decisão de iniciar a terapia, na elaboração da lista de exercícios para casa e para discutir as atitudes que podem auxiliar o paciente a vencer o TOC. Posteriormente, na continuação, é importante orientar os familiares no que se refere à sua participação nos rituais, que muitas vezes tem o efeito de reforçá-los (acomodação familiar), esclarecer dúvidas ou, ainda, ventilar sentimentos de raiva ou culpa. Por ocasião da alta, os familiares podem ser fundamentais para a combinação de estratégias de prevenção de recaídas, uso de medicamentos, etc. Essa participação é indispensável na terapia de crianças e adolescentes, na qual ela pode ocorrer em praticamente todas as sessões, e é mais eventual na terapia de adultos.

É importante que o clima entre familiares e paciente seja amistoso, para que a participação seja, de fato, colaborativa. Altos níveis de criticismo e de hostilidade e/ou tendência de um dos membros a responsabilizar os demais pelos problemas do paciente estão associados a maus resultados na terapia e podem tornar a entrevista em conjunto improdutiva, agravar ainda mais as dificuldades e até provocar rupturas difíceis de serem vencidas.^{2,3} Nesses casos, recomenda-se fazer entrevistas prévias separadamente, sempre em acordo com o paciente. Para aprofundamento dessas questões, ver o Capítulo 17 – O TOC e a família.

► ESPAÇAMENTO DAS SESSÕES E SESSÕES DE REFORÇO

Quando os sintomas estiverem reduzidos (abaixo de 16 na escala Y-BOCS), a ansiedade associada for menor, a lista de sintomas diminuir significativamente, o paciente demonstrar boa adesão aos exercícios e conseguir resistir à maioria dos rituais, os intervalos entre as sessões podem ser maiores. No início do tratamento, é recomendável que os encontros sejam semanais. A partir desse ponto, podem ser realizados a cada 10 ou 15 dias, até que os sintomas estejam completamente eliminados. Conforme o paciente for melhorando, podem ser marcados a cada 3 semanas ou podem ser mensais. Nessas sessões mais espaçadas, é importante que o paciente tenha sempre em mãos a lista de sintomas e a relação dos exercícios que foram combinados na última sessão para serem revisados com o terapeuta para o planejamento dos exercícios seguintes. O tratamento, dentro do possível, deve prosseguir até o desaparecimento completo dos sintomas, como foi comentado. Especialmente se os sintomas forem muito graves, se já ocorreram recaídas e se existe ainda algum sintoma residual, é interessante, por algum tempo, planejar sessões de reforço ainda que em intervalos maiores (mensais, a cada 2 ou 3 meses), durante um período mais longo.

► PREVENÇÃO DE RECAÍDAS

O TOC é um transtorno crônico; são comuns as recaídas, e dificilmente os sintomas desaparecem de forma espontânea sem tratamento. Na maioria dos casos, acompanham os indivíduos ao longo de toda a vida, ocupando boa parte do seu tempo. Uma pesquisa que acompanhou 144 portadores de TOC ao longo de 40 anos verificou que 83% haviam melhorado ao longo desse período, mas em apenas 20%

deles os sintomas haviam desaparecido por completo, sem tratamento.⁴ Outras pesquisas constataram que a maioria dos pacientes que não buscavam tratamento (entre 64 e 85%) tendiam a ter sintomas crônicos, com pequenas oscilações, e que aproximadamente 10% tendiam a evoluir, com o passar do tempo, para deterioração progressiva, acarretando grave incapacitação. Apenas uma minoria (2 a 26%) apresentava a doença sob a forma de episódios, permanecendo sem sintomas durante os intervalos.⁵⁻⁷

A questão é: o tratamento modifica ou não o curso da doença, que, ao natural, tende a ser crônico? Os benefícios da terapia se mantêm ao longo do tempo, ou os sintomas acabam retornando? Quais as chances de ocorrem recaídas?

Pesquisas demonstram que a maioria dos pacientes consegue, com a TCC, redução significativa dos sintomas. Existe até um pequeno grupo de pacientes que, mesmo apresentando sintomas graves e de longa data, responde à TCC de forma rápida, livrando-se completamente dos sintomas do TOC em poucas sessões. Estudos têm mostrado que esses pacientes, em geral, são mulheres, com boa qualidade de vida, com bom *insight* sobre o transtorno, motivadas para fazer o tratamento e que precocemente aderem aos exercícios (costumam fazer até mais do que é sugerido).⁸⁻¹⁰ Pesquisas mostram que a intensidade dos sintomas pode continuar diminuindo com o passar do tempo, mesmo depois de encerrado o tratamento. Esse fato foi observado em uma pesquisa realizada no Brasil¹¹ e também foi relatado por investigadores de outros países.⁷ Infelizmente, de 20 a 30% dos que buscam a terapia não respondem ou não conseguem obter benefícios, ou, pior ainda, terminam por abandoná-la.

A TCC e os medicamentos não curam o TOC porque não removem as causas, visto elas não serem bem conhecidas, razão pela qual é

sempre possível que ocorram recaídas. Uma paciente comentava esse fato dizendo que o TOC “é como uma árvore da qual a gente poda os galhos, mas eles estão sempre lá, brotando. É preciso estar sempre atento e cortar todo e qualquer broto novo que aparece”.

Embora não removam as causas, os tratamentos diminuem ou eliminam fatores que contribuem para a manutenção e o agravamento dos sintomas. A TCC, em particular, atua sobre fatores de ordem psicológica (aprendizagens e crenças disfuncionais), que, sem dúvida, desempenham um papel importante na origem e, sobretudo, na perpetuação do transtorno. Quando o paciente deixa de fazer um ritual, elimina um fator responsável pela sua perpetuação, que é o alívio obtido com sua realização. Eliminado esse fator, tem-se uma boa chance de que o TOC desapareça até por completo. Já a correção de pensamentos automáticos e de crenças disfuncionais auxilia a reduzir os medos e facilita a adesão aos exercícios. O mesmo acontece quando se aprende a não dar importância a pensamentos repugnantes ou inadequados por entender que eles não têm nenhum significado catastrófico – são apenas sintomas um tanto bizarros do TOC – e se deixa de lutar contra eles: surgem com menos intensidade e desaparecem espontaneamente. São lições que se aprende ao longo da terapia e constituem ferramentas que o paciente deverá continuar utilizando, mesmo que de maneira eventual.

AS CHANCES DE OCORREREM RECAÍDAS

Pela natureza crônica do transtorno, por sua etiologia neuropsiquiátrica e pela possibilidade de que fatores genéticos concorram, criando uma predisposição que não pode ser removida, é de se esperar que, com o tempo, aconteçam recaídas. Um estudo observou que, no

período de 1 ano após TCC em grupo, as recaídas foram frequentes quando persistiram sintomas ao fim do tratamento. Quando a remissão dos sintomas havia sido completa (Y-BOCS < 8), não ocorreram recaídas no referido período,¹² embora tenham ocorrido no ano seguinte.¹³ Um acompanhamento de longo prazo verificou, ainda, que, após 5 anos, os sintomas se mantinham nos mesmos níveis obtidos ao fim do tratamento medicamentosos ou psicoterápico, embora a maioria dos pacientes, de uma forma ou outra, houvesse feito algum tipo de terapia.¹¹ De qualquer maneira, as possibilidades de recaídas são sempre elevadas, em especial com aqueles pacientes que, ao fim do tratamento, apresentam sintomas residuais. A manutenção de alguma forma de tratamento no longo prazo, como mostraram as pesquisas citadas, é efetiva para impedir recaídas.

LAPSOS, RECAÍDAS E PIORA DOS SINTOMAS

Mais ao fim da terapia, mesmo depois de praticamente todos os sintomas terem sido eliminados, são comuns episódios isolados de manifestações sintomáticas de curta duração nos quais, às vezes, até sem se dar conta, o paciente executa um ritual compulsivo (lava demais as mãos, faz uma verificação extra, desnecessária) ao qual já conseguira resistir com sucesso, deixa de tocar em algum objeto ou evita entrar em algum local, como era habituado a fazer antes do tratamento. Tais episódios são chamados de “lapsos”. São falhas, esquecimentos ou pequenos “escorregões”. A vigilância e o automonitoramento não foram eficientes. Em geral, são involuntários, decorrentes de distrações, de curta duração – minutos ou horas – e, muitas vezes, são percebidos durante ou depois de acontecerem.

Os rituais, com frequência, se tornam hábitos arraigados, e é difícil de uma hora para

outra desaprender comportamentos automatizados, realizados sem que o indivíduo se dê conta. Nesse sentido, os lapsos não têm significado maior, não representam um retorno dos sintomas e não constituem recaídas. Lapsos são muito comuns, particularmente na fase da mudança. O terapeuta deve, ainda, ficar atento para interpretações negativas que o paciente possa fazer de qualquer lapso e auxiliá-lo a corrigi-las. São comuns afirmativas que envolvem distorções cognitivas (tudo ou nada, tomar o todo pela parte) de que o tratamento fracassou ou de que o esforço não valeu a pena. Tais pensamentos, tomados como verdadeiros, podem fazer o paciente se sentir frustrado e deprimido, desistir de continuar lutando, considerar-se incapaz de lutar contra o TOC, pensar em desistir e se entregar novamente aos rituais, pois passa a acreditar que a terapia não dá resultados. O que era apenas um lapso pode se transformar em verdadeira recaída ou redundar no abandono do tratamento.

Também pode ser considerado lapso o retorno, por curto espaço de tempo (menos de duas semanas), de obsessões que são ativadas em certas circunstâncias, as quais, por sua vez, podem produzir uma cascata de outros pensamentos negativos ou catastróficos e, como consequência, a necessidade de executar rituais ou de evitar contatos.

INTERPRETANDO UM LAPSO COMO UMA RECAÍDA: UM EXEMPLO

Um paciente, funcionário e dirigente de uma empresa multinacional, sempre teve excelente desempenho profissional, mesmo em épocas em que era atormentado por obsessões de conteúdo violento e agressivo. Diante do retorno das obsessões durante dois dias, relatou a seguinte série de pensamentos catastróficos que o deixavam deprimido e desanimado:

A presença desses sintomas significa que estou tendo uma recaída do TOC!



Os sintomas vão interferir no meu desempenho profissional!



A empresa vai notar e vai me despedir!



Não poderei mais garantir o sustento da minha família!



Não sei o que será deles se eu não puder mais trabalhar!

Tais pensamentos o atormentavam pois, em um primeiro momento, ele os considerava verdadeiros e, portanto, com grande possibilidade de as catástrofes de fato acontecerem, desconsiderando todas as evidências contrárias (sua própria história pessoal). Particularmente, a última dúvida ativava um ciclo interminável de ruminações obsessivas, relacionadas à elevada necessidade de ter certeza, o qual ele tinha dificuldade de interromper. O questionamento socrático (exame das evidências) de cada uma das afirmativas cessou o ciclo.

RECAÍDAS E PIORA DOS SINTOMAS

As recaídas correspondem ao retorno dos sintomas de forma mais consistente e duradoura, acompanhado de desconforto ou de interferência nas atividades diárias, depois de uma fase em que se encontravam muito diminuídos ou ausentes; o tratamento havia sido efetivo, com redução igual ou superior a 35% na intensidade dos sintomas; os escores na escala Y-BOCS após o término do tratamento eram < 16 (TOC subclínico) ou, idealmente, < 8 (re-

missão completa dos sintomas). Alguns pesquisadores consideram duas semanas o tempo mínimo para que o retorno ou o agravamento dos sintomas seja considerado recaída.

Se, mesmo depois do tratamento, os sintomas persistem em certo grau (melhora parcial ou não melhora), o aumento de sua intensidade deve ser considerado piora. Para identificar com mais precisão uma piora, pode-se utilizar a escala Y-BOCS e verificar se os pontos aumentaram mais do que 35% em relação à última vez em que foi aplicada ou em relação à pontuação obtida no fim do tratamento.

Se houve, de fato, uma recaída, a situação deve ser analisada com cuidado para identificar os motivos: o paciente pode ter interrompido os medicamentos, pode ter enfrentado períodos ou situações de estresse, estava deprimido, etc.

ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO DE RECAÍDAS

Na fase final da terapia e antes da alta, deve ser reservado algum espaço na agenda, de uma ou mais sessões, para a discussão de estratégias que possam auxiliar o paciente a prevenir as recaídas.

IDENTIFICAR AS SITUAÇÕES-GATILHO QUE ATIVAM AS OBSESSÕES E O IMPULSO DE REALIZAR RITUAIS

No início da terapia, o paciente identificou no seu “mapa do TOC” os locais, horários ou objetos que ativavam suas obsessões e o impeliam a realizar compulsões ou a evitar o contato. São as chamadas “situações-gatilho”, “situações ativadoras do modelo cognitivo-comportamental do TOC” ou, simplesmente, “situações provocadoras das obsessões”. São, portanto, situações de risco que merecem aten-

ção e vigilância especiais por parte do paciente e, sobretudo, um planejamento de como irá se comportar quando, ao longo do dia, entrar em contato com tais objetos ou situações de risco. As mais comuns são a hora de deitar e de sair de casa, para os verificadores; a hora de chegar em casa da rua ou do supermercado, de usar o banheiro, de andar em transporte coletivo, de andar na rua, de ir a um restaurante ou hotel, para os que têm obsessões por contaminação; o momento de entrar no quarto, para os que têm obsessões e compulsões por ordem, simetria ou alinhamento; certos horários, números e roupas, para os que apresentam obsessões de conteúdo mágico, religioso ou agressivo, etc. Essas situações-gatilho, que ativam as obsessões e induzem o paciente a realizar compulsões ou adotar comportamentos evitativos, devem merecer a máxima atenção, pois podem provocar eventuais lapsos ou até recaídas. O paciente deve, em primeiro lugar, estar com essas situações perfeitamente rastreadas, identificadas, mapeadas e guardadas na memória.

MANTER-SE VIGILANTE

No início, pelo menos, é necessário manter uma atitude de vigilância permanente, em especial para as situações-gatilho identificadas, e tentar prever, com antecedência, quando vai se defrontar com alguma delas. Particularmente, são importantes as circunstâncias sobre as quais ainda não desenvolveu domínio completo, e que velhos comportamentos que se transformaram em hábitos são adotados de forma automática. Estar atento para garantir o autocontrole, procurar de qualquer forma evitar o enfrentamento das situações provocadoras ou realizar de maneira automática os rituais representa a chance de modificá-los. No que se refere a obsessões de conteúdo indesejado ou repugnante, é o contrário: não vigi-

-las, não procurar afastá-las, não lutar contra, não lhes dar importância, aceitá-las – são apenas sintomas do TOC e não representam qualquer perigo real. As atitudes citadas são algumas das recomendadas. Existe uma memória física (implícita) dos medos, ou das estruturas do medo, no modelo proposto por Foa e Kozak:¹ os locais ou os objetos estão associados, na memória, às reações físicas de medo, involuntárias, que irão desaparecer à medida que forem diminuindo em consequência dos exercícios e da habituação. Portanto, deve-se estar vigilante para não repetir os mesmos comportamentos que perpetuam o TOC. Nessa fase, um lembrete utilizado no tempo da guerra fria, mas agora contra um outro inimigo atual e bem mais palpável, pode ajudar: “O preço da liberdade é a eterna vigilância!”.

PREPARAR ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO COM ANTECEDÊNCIA

Por um bom tempo, até que os novos comportamentos sejam automatizados, o paciente, de forma consciente e intencional, deve preparar-se com antecedência para enfrentar as situações-gatilho ou de risco: o que deve e o que não deve fazer na situação (enfrentamento, abstenção de fazer qualquer ritual, mesmo que dissimulado), além de automatizar alguns exercícios cognitivos (p. ex., “Estou com medo porque de fato existe um risco real, ou tenho esse medo por causa do TOC?”). Para o planejamento ter sucesso, é importante o paciente prever inclusive os detalhes de como vai se comportar no enfrentamento das situações: por quanto tempo, onde, de que forma. Por exemplo: “Ao chegar em casa, vou sentar na cama com a roupa da rua durante 15 minutos” ou “Vou chegar em casa e não vou trocar a roupa ou lavar as mãos imediatamente” ou “Vou escovar os dentes e não vou lavar a torneira”.

REDUZIR A HIPERVIGILÂNCIA E PROCURAR SE DISTRAIR

A hipervigilância é uma estratégia adotada por muitos indivíduos para neutralizar os riscos. Contribui, entretanto, para aumentar a percepção dos estímulos ativadores e, consequentemente, os rituais e as evitações. É importante, portanto, que o paciente “desligue o radar” (p. ex., para manchas na roupa, pó e impressões digitais em vidros e móveis, ferimentos nas mãos de outras pessoas) e procure focar a atenção em outros objetos ou pessoas não relacionados ao TOC. Isso ajuda a reduzir a aflição e o impulso de executar rituais ou de adotar comportamentos evitativos. É recomendável que preste menos atenção em relação ao que vai tocar, como vai segurar um determinado objeto (p. ex., apenas com a ponta dos dedos ou com papel). Também é importante não dar importância a obsessões, sobretudo às de conteúdo inaceitável, não vigiá-las, conforme foi apontado, procurar se distrair e não pensar nos seus medos, não andar na rua olhando exatamente onde pisa para não se contaminar, etc. Em vez disso, olhar para os edifícios, para as vitrines das lojas, para as pessoas que passam – esses são alguns exemplos de planejamento e de recomendações práticas, que devem ser específicos para cada paciente.

CONVERSAR CONSIGO MESMO

Conversar consigo mesmo, com o lado racional que percebe quando um comportamento é determinado por uma obsessão, discutir consigo mesmo as alternativas são uma boa estratégia para enfrentar as situações críticas (situações-gatilho), reforçando o autocontrole. Repetir mentalmente instruções de enfrentamento como se fossem comandos ou lembretes – “eu tenho condições de me controlar”, “não vá verificar se a torneira ficou fechada”, “esqueça o fogão”, etc. – pode ser de grande

utilidade. As frases devem ser ditas mentalmente apenas uma ou duas vezes, e é necessário cuidar para que não se transformem em rituais mentais ou neutralizações. Não há necessidade de repeti-las.

PREVENIR AS CONSEQUÊNCIAS DE TER COMETIDO LAPSO

Conforme abordado, um lapso pode desencadear pensamentos automáticos negativos relativos à incapacidade e ao fracasso terapêutico, ativando no paciente crenças de que é um fraco, um covarde que não enfrenta seus medos, de que é incapaz de se autocontrolar, de que é incompetente, de que fracassou, bem como sentimentos de culpa, diminuição da autoestima, depressão e vontade de desistir. Essa ocorrência é muito comum em pacientes com características obsessivo-compulsivas de personalidade (traços ou transtorno), com perfeccionismo ou culpa excessivos. É importante lembrar a eles que um lapso não significa uma recaída, que falhar é humano, que não devem se deixar abater nem permitir que o desânimo os domine e que, se necessário, começarão tudo de novo. A luta contra o TOC é prolongada, com avanços e recuos, mas o que importa é continuar em frente e ganhar a “guerra” contra os sintomas.

USAR LEMBRETES

Lembretes auxiliam em vários aspectos: distinguir entre comportamentos normais e sintomas, lembrar estratégias de enfrentamento, corrigir pensamentos automáticos negativos ou catastróficos, diminuir a aflição, interromper a execução de rituais. Da mesma forma que com as conversas consigo mesmo, é preciso ter cuidado para que os lembretes não se transformem em obsessões.

PRESTAR ATENÇÃO AOS PENSAMENTOS AUTOMÁTICOS CATASTRÓFICOS E CORRIGI-LOS O MAIS RÁPIDO POSSÍVEL

O paciente deve ter sempre presente um dos ensinamentos mais importantes da TCC: não tomar como verdade, não levar a sério, não acreditar em tudo o que lhe passa pela cabeça. Pensamentos intrusivos catastróficos, erros de avaliação e de interpretação, erros de lógica, crenças erradas estão sempre presentes e, tomados ao pé da letra, são os grandes responsáveis pelos medos e pela ansiedade. É preciso que, diante dos pensamentos catastróficos, o paciente tenha atitude de cientista: considere-os apenas hipóteses, e não verdades. Colocá-los em dúvida, questioná-los, perguntar por evidências que os confirmem ou que os rejeitem são atitudes a serem adotadas permanentemente. Os pensamentos catastróficos e os medos ocorrem porque o indivíduo sofre de um transtorno, o TOC, e não porque são verdadeiros. Questões que envolvem dúvidas e a necessidade de ter certeza são, na maioria das vezes, sem solução, e o paciente terá que aprender a conviver com a incerteza.

PROCURAR SE COMPORTAR COMO AS PESSOAS QUE NÃO TÊM TOC

O indivíduo com TOC tem dificuldade em reconhecer que são excessivos certos comportamentos e, muitas vezes, não sabe distinguir as compulsões do TOC de comportamentos aceitáveis, “normais”. Simplesmente observar, sempre que possível, como as demais pessoas, que não têm TOC, se comportam nos diversos lugares, consultar um amigo ou solicitar a ajuda de um familiar em quem confia e com quem tem boa relação são atitudes que podem auxiliar a restabelecer parâmetros que foram perdidos. Procurar se comportar da mesma maneira que os demais que não sofrem da doença

é a meta, conforme foi comentado na psicoeducação. Também auxilia na distinção perguntar para si mesmo se um determinado comportamento foi realizado em razão de medos (afastar ameaças) ou não. Sempre que for realizado com essa finalidade, deve-se desconfiar.

APRENDER A LIDAR COM OS ESTRESSES DA VIDA

Estresses da vida, problemas existenciais, podem agravar os sintomas. Perdas, separações, mudanças de emprego, conflitos familiares ou profissionais e até mesmo acontecimentos positivos, como casamento, gravidez, nascimento do filho, ascensão na carreira, novas responsabilidades, entre outros, podem agravar os sintomas OC e provocar recaídas. Se for o caso, deve-se solicitar a ajuda eventual do terapeuta para aprender a lidar melhor com tais situações.

TRATAR A DEPRESSÃO OU OUTROS TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS ASSOCIADOS

A depressão é muito comum em indivíduos com TOC. Um estudo mostrou que dois terços dos pacientes haviam tido depressão maior ao longo da vida e que um terço apresentava esse quadro no momento da avaliação. Esse estudo concluiu, ainda, que, em 85% dos casos, a depressão era secundária ao TOC, e apenas em 15% era uma comorbidade (transtorno associado).¹⁴ A presença da depressão vem sempre acompanhada de pensamentos negativos (sobre si mesmo, as demais pessoas e o futuro), aumentando a desesperança e diminuindo a energia para resistir ao impulso de fazer rituais ou deixar de realizar os comportamentos evitativos. É importante, sobretudo depois da alta, que o paciente identifique precocemente sinais de depressão, não deixe de tomar os medicamentos e de solicitar ajuda, se for o caso, em especial se a depressão for recorrente.

Também são muito comuns os transtornos de ansiedade, como o transtorno de pânico e de ansiedade generalizada, ou transtorno bipolar. Estar sempre atento a eventuais recaídas e solicitar ajuda imediatamente são atitudes que previnem repercussões sobre o TOC.

FAZER REVISÕES PERIÓDICAS COM O TERAPEUTA

Conforme indicado, mesmo com a remissão completa dos sintomas e, sobretudo, quando ao fim da terapia ainda persistem sintomas residuais, é importante seguir com consultas de revisão. Caso tenham ocorrido lapsos, esses devem ser analisados. É importante identificar o que os provocou, quais foram os pensamentos automáticos subjacentes e suas consequências e relembrar tanto os exercícios de EPR como as técnicas de correção de pensamentos e crenças disfuncionais. Nas consultas de revisão, é importante que o paciente leve a lista inicial dos sintomas OC para revisá-las com o terapeuta e, ao mesmo tempo, relembrar e reforçar as estratégias para vencê-los. É muito difícil ser persistente quando se permanece sozinho por muito tempo.

NÃO INTERROMPER O USO DOS MEDICAMENTOS

Se o paciente utiliza medicamentos, deve evitar alterar doses e, sobretudo, interromper seu uso sem a concordância do médico. A interrupção dos medicamentos está associada a recaídas.¹⁵ Como orientação geral, se conseguiu eliminar por completo os sintomas, deve manter o uso por, pelo menos, mais 6 meses ou, eventualmente, por até 2 anos, mesmo que não apresente recaídas. Se durante o uso de medicamentos apresentar mais de duas recaídas graves ou mais de três moderadas, deverá pensar na possibilidade de mantê-los por períodos maiores, talvez por toda a vida. É importante

lembra, ainda, que a interrupção de psicofármacos sempre deve ser gradativa. O Capítulo 15 aborda o uso de medicamentos no TOC.

PARTICIPAR DE ASSOCIAÇÕES DE INDIVÍDUOS COM TOC

Ter contato com outros indivíduos que sofrem do transtorno, com grupos de discussão na internet (Facebook), fazer parte de associações de pessoas com TOC, trocar experiências e participar como voluntário de associações, auxiliar outros indivíduos com a doença ou seus familiares e divulgar o TOC na comunidade são atitudes que auxiliarão o paciente a seguir motivado na luta contra o transtorno e a se sentir menos isolado nessa batalha. Com as facilidades de comunicação atuais, é possível associar-se a entidades de fora da cidade, como a Associação Brasileira de Síndrome de Tourette, Tiques e Transtorno Obsessivo-compulsivo (ASTOC), ou, até mesmo a entidades internacionais, como a OCD Foundation, passando a receber boletins informativos, matérias e informações sobre o TOC.

SABER TUDO SOBRE O TOC

É importante o paciente estar atento para as matérias e notícias publicadas em jornais e revistas sobre o TOC. É possível que, a qualquer momento, novos recursos, como novos medicamentos, por exemplo, estejam ao alcance de quem sofre do transtorno e técnicas que agora são experimentais possam já estar disponíveis para a população, como a estimulação magnética cerebral profunda. Participar de eventos e se informar sobre o lançamento de novos livros a respeito do transtorno, manter contato com o terapeuta, mesmo depois da alta, para se informar a respeito das novidades, realizar periodicamente buscas na internet e visitar sites especializados são atitudes que possibilitarão ao paciente estar atualizado

sobre o assunto. Os mais confiáveis são os relacionados a instituições universitárias ou de pesquisa e a associações que congregam indi-

víduos com TOC. Na parte final do livro, existe uma relação desses sites. Em resumo, o paciente deve saber tudo sobre o TOC.

R E S U M O E D E S T A Q U E S

- Uma vez realizadas a psicoeducação do paciente e a avaliação da gravidade dos sintomas e escolhidas as primeiras tarefas de EPR, a terapia prossegue com a revisão dos exercícios propostos na sessão anterior e a proposição de novas tarefas de EPR para casa a cada sessão, a avaliação periódica do andamento da terapia, a inclusão de exercícios cognitivos, quando indicados, o planejamento da alta e o treino em prevenção de recaídas. As sessões da TCC são geralmente semanais e realizadas no consultório. Podem também ser realizadas em domicílio, em ambiente hospitalar e de forma intensiva.
- As sessões da TCC para o TOC são estruturadas e adotam, em geral, a seguinte sequência: revisão do humor, dos níveis de ansiedade e da gravidade dos sintomas; ponte para a sessão anterior e agenda da sessão; revisão das tarefas de casa e dos exercícios programados na sessão passada; reforços em psicoeducação, treino em novas técnicas comportamentais ou cognitivas e exercícios assistidos pelo terapeuta; combinação de novas tarefas de EPR e de exercícios cognitivos; revisão da medicação; resumo da sessão pelo terapeuta; avaliação da sessão pelo paciente e encerramento.
- Periodicamente, é avaliada a gravidade dos sintomas por meio de instrumentos ou escalas padronizadas, como a Y-BOCS (aplicada pelo terapeuta) e o OCI-R (respondido pelo próprio paciente). A meta da terapia é a eliminação (remissão) completa dos sintomas ($Y\text{-BOCS} < 8$), que está associada a menores taxas de recaídas no futuro. O andamento da terapia pode ser avaliado, ainda, por meio da revisão periódica da lista dos sintomas elaborada no início do tratamento.
- Em geral, depois de 4 a 6 sessões, deve-se notar alguma redução nos escores e na lista de sintomas. Se nenhum resultado for percebido, é provável que esteja ocorrendo algum impasse. O diagnóstico pode estar incorreto, talvez o paciente apresente sintomas muito graves e não esteja aderindo aos exercícios, talvez continue tendo pouco ou nenhum *insight* e não esteja motivado, os exercícios propostos talvez tenham provocado níveis demasiadamente elevados de ansiedade, ou podem estar presentes comorbidades que estejam interferindo no andamento do tratamento.
- Embora a maioria dos pacientes consiga redução significativa dos sintomas, após a alta, podem ocorrer recaídas, especialmente naqueles que obtiveram apenas remissão parcial.

TOC TOC TOC TOC TOC TOC TOC TOC

- Lapsos são episódios eventuais de curta duração do retorno de sintomas. Recaída é o retorno mais consistente (aumento de mais de 35% da Y-BOCS), por pelo menos 2 semanas, depois de uma fase em que estavam diminuídos ou ausentes.
 - Algumas estratégias que auxiliam o paciente a prevenir recaídas: identificar as situações-gatilho que ativam as obsessões e o impulso de realizar rituais; preparar, com antecedência, estratégias de enfrentamento; tratar as depressões ou outros transtornos psiquiátricos associados; fazer revisões periódicas com o terapeuta; não interromper o uso de medicamentos sem combinar com o médico; participar das associações que congregam os indivíduos com TOC; e saber tudo sobre o transtorno.

> REFERÊNCIAS

1. Foa EB, Kozak MJ. Emotional processing of fear: exposure to corrective information. *Psychol Bull*. 1986;99(1):20-35.

2. Renshaw KD, Chambless DL, Steketee G. Perceived criticism predicts severity of anxiety symptoms after behavioral treatment in patients with obsessive-compulsive disorder and panic disorder with agoraphobia. *J Clin Psychol*. 2003;59(4):411-21.

3. Steketee G, Lam JN, Chambless DL, Rodebaugh TL, McCullough CE. Effects of perceived criticism on anxiety and depression during behavioral treatment of anxiety disorders. *Behav Res Ther*. 2007;45(1):11-9.

4. Skoog G, Skoog I. A 40-year follow-up of patients with obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 1999;56(2):121-7.

5. Rasmussen AS, Eisen JL. The epidemiology and clinical features of obsessive-compulsive disorder. *Psychiatr Clin North Am*. 1992;15(4):743-58.

6. Lensi P, Cassano GB, Correddu G, Ravagli S, Kunovac JL, Akiskal HS. Obsessive-compulsive disorder. Familial-developmental history, symptomatology, comorbidity and course with special reference to gender-related differences. *Br J Psychiatr*. 1996;169(1):101-7.

7. Pinto A, Mancebo MC, Eisen JL, Pagano ME, Rasmussen SA. The Brown Longitudinal Obsessive Compulsive Study: clinical features and symptoms of the sample at intake. *J Clin Psychiatry*. 2006;67(5):703-11.

8. Raffin AL, Fachel JM, Ferrão YA, Souza FP, Cordioli AV. Predictors of response to group cognitive-behavioral therapy in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Eur Psychiatry*. 2009;24(5):297-306.

9. Simpson HB, Maher MJ, Wang Y, Bao Y, Foa EB, Franklin M. Patient adherence predicts outcome from cognitive behavioral therapy in obsessive-compulsive disorder. *J Consult Clin Psychol*. 2011;79(2):247-52.

10. Borges CP, Meyer E, Ferrão YA, Souza FP, Sousa MB, Cordioli AV. Cognitive-behavioral group therapy versus sertraline for obsessive-compulsive disorder: five-year follow-up. *Schizophr Res*. 2011;80(4):249-50.

11. Braga DT, Cordioli AV, Niederauer K, Manfro GG. Cognitive behavioral group therapy for obsessive-compulsive disorder: a 1-year follow-up. *Acta Psychiatr Scand*. 2005;112(3):180-6.

12. Braga DT, Manfro GG, Niederauer K, Cordioli AV. Full remission and relapse of obsessive-compulsive symptoms after cognitive behavioral group therapy: a two-year follow-up. *Rev Bras Psiquiatr*. 2010;32(2):164-8.

13. Rasmussen AS, Eisen JL. Epidemiology and differential diagnosis of obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry*. 1992;53:4-10.

14. Pato MT, Zohar Kadouch R, Zohar J, Murphy DL. Return of symptoms after discontinuation of clomipramine in patients with obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry*. 1988;145(12):1521-5.

P A R T E

3

**A terapia cognitivo-
-comportamental
no tratamento das
diferentes manifestações
do TOC**

10

ARISTIDES VOLPATO CORDIOLI

Medos de contaminação e lavagens excessivas

OBJETIVOS

- Identificar as manifestações do transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) relacionadas aos medos de contaminação, incluindo o nojo e a poluição mental.
- Conhecer as consequências dos medos de contaminação: lavagens excessivas, evitações e hipervigilância.
- Conhecer os modelos etiológicos dos medos de contaminação: fatores cognitivos, comportamentais, neuropsicológicos e neurofisiológicos.
- Saber sobre os princípios da terapia de exposição e prevenção de resposta (EPR) e da terapia cognitivo-comportamental para o tratamento de pacientes com medos de contaminação, lavagens excessivas e evitações.

Medo de contaminação (MC) refere-se à sensação desagradável, intensa e persistente de ter sido contaminado ou de vir a contaminar-se em razão do contato direto ou indireto com pessoas, locais ou objetos considerados “sujos” ou “infectados”, com sujeira de modo geral ou com substâncias nocivas. A sensação é acompanhada por emoções desagradáveis ou negativas como medo, nojo, impureza moral, vergonha, culpa e por medidas imediatas para isolar e remover o contaminante e impedir que se espalhe para outras partes do próprio corpo, objetos, roupas, móveis e peças da casa. A remoção se dá por meio de rituais compulsivos de limpeza, como a lavagem imediata das mãos, o banho, a troca das roupas ou simplesmente jogando na lixeira objetos considerados sujos ou contaminados. Como medida de segurança, o indivíduo evita de forma sistemática o contato com objetos, pessoas ou lugares “contaminados”, como usar banheiros públicos, passar perto de lixeiras ou de pessoas consideradas de risco. A intensidade dos sintomas pode variar de leve e circunscrita a moderada, muito intensa e generalizada, comprometendo, muitas vezes, de forma grave as rotinas do indivíduo e de sua família.

O MC está relacionado mais obviamente ao TOC, na maioria das vezes com a possibilidade de contato com agentes infecciosos (vírus, bactérias) e de contrair doenças, de contato com substâncias nocivas ou simplesmente com sujeira, lixo, pó doméstico. As possíveis fontes de contaminação consideradas de maior risco são os produtos corporais como fezes, urina, sangue, saliva ou esperma; objetos tocados por muitas pessoas, como trincos de porta, interruptores de luz, botão do elevador, telefones públicos, assentos de coletivos; lugares nos quais se acredita que exista alta concentração de germes, como banheiros públicos, hospitais, clínicas, cemitérios; ou pessoas que o indivíduo acredita estarem associadas a doenças contagiosas, como moradores de rua. Também são considerados potenciais contaminantes as pessoas “transportadoras” de germes, como homossexuais (contaminação pelo HIV), indivíduos com algum ferimento ou curativo e pessoas com câncer. Podem, ainda, ser consideradas fontes de contaminação a radioatividade, a poluição ambiental e radiações em geral.

O medo de contaminação seguido de lavagens compulsivas e de comportamentos evitativos está entre os sintomas mais comuns e mais conhecidos do TOC. No âmbito da heterogeneidade do transtorno, constitui uma das suas dimensões mais consistentes e está presente em mais de metade dos indivíduos com TOC.¹ O MC ainda pode estar presente em outros transtornos mentais, como no transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), no qual se manifesta associado à violência sexual² e é comum em pacientes que apresentam ansiedade envolvendo a saúde.

Entre os MC, foi incluída a chamada “poluição mental”, uma sensação de sujeira interna que pode ser provocada por pensamentos intrusivos indesejáveis, de caráter repugnante (violência, abuso de criança) ou blasfemo, que fazem o indivíduo se sentir moralmente sujo

e condenável e o induzem a executar lavagens compulsivas.³ Os MC também podem ser ativados por objetos, pessoas associadas a lembranças negativas (“má lembrança”) ou a um significado negativo (pessoas azaradas, fracassadas ou consideradas “má”) e determinam, da mesma forma, a necessidade de lavar as mãos, os olhos, tomar banho ou trocar de roupa.

A compreensão dos aspectos cognitivos por trás dos MC foi ampliada enormemente por meio da identificação das crenças disfuncionais subjacentes, com óbvias implicações para a prática psicoterápica. Além da crença de exagerar o risco, outras crenças disfuncionais foram identificadas e que interagem entre si: excesso de responsabilidade (medo de contaminar os outros), intolerância à incerteza (necessidade de ter garantias de que não está contaminado), fusão do pensamento e da ação (poluição mental) e perfeccionismo (necessidade de lavar “direito”). Sobretudo as crenças desritas como derivadas da magia simpática – a lei do contato e da similaridade – oferecem uma luz importante para esclarecer boa parte dos comportamentos dos indivíduos com MC. A pesquisa mais recente tem, ainda, focado seu interesse na sensação de nojo, referida por muitos indivíduos com TOC, uma emoção negativa com manifestações predominantemente do sistema nervoso parassimpático, distinta das reações de medo que se seguem às obsessões de contaminação e também apresentam boa resposta à terapia de EPR, a mesma utilizada no tratamento do TOC. As relações entre o nojo e os MC continuam objeto de debate.

Neste capítulo, serão descritos os medos de contaminação e suas consequências emocionais e comportamentais. Serão discutidos os aspectos cognitivos e neurofisiológicos subjacentes, bem como os modelos comportamental e cognitivo-comportamental propostos como explicação para esses sintomas e que fundamentam a terapia cognitivo-comporta-

mental (TCC) usada para tratá-los e descrita ao final do capítulo.

► AS CONSEQUÊNCIAS DOS MEDOS DE CONTAMINAÇÃO

O medo de contaminação no TOC geralmente vem acompanhado de ansiedade, desconforto e de algumas medidas imediatas destinadas a afastar, isolar ou eliminar a ameaça, como as lavagens compulsivas, os comportamentos evitativos, ou evitações, a hipervigilância, as neutralizações e a necessidade de obter garantias de que a ameaça foi eliminada. Esses comportamentos, além de ocuparem muito tempo no dia a dia, interferem gravemente nas rotinas pessoais e familiares do paciente e, não raro, são incapacitantes.

COMPULSÕES DE LIMPEZA

No TOC, uma vez que o indivíduo se sinta sujo ou contaminado, surge de imediato o impulso de eliminar a contaminação executando lavagens. Tal impulso em geral é muito intenso, assume prioridade em relação a outras preocupações e se sobrepõe às avaliações racionais da pessoa. A forma mais comum de limpeza compulsiva é a lavagem repetida das mãos, que normalmente é feita de forma meticolosa, ritualística, estereotipada, difícil de controlar e que muitas vezes continuará sendo executada mesmo que machuque a pele. Há casos de pacientes que continuam a lavar mesmo depois de as mãos estarem sangrando. As lavagens podem se estender para todo o corpo (p. ex., exigindo um banho completo), para as roupas e para objetos de uso pessoal, como chaves, carteiras, telefone celular, *mouse* e teclado do computador (o que pode danificá-los), cartões de crédito, além de móveis, tapetes e até o automóvel. Também é muito comum o uso excessivo de álcool, detergentes, água sanitá-

ria, xampus, sabonetes supostamente antibacterianos ou de água muito quente. Esses comportamentos são compulsivos, pois são precedidos por obsessões – pensamentos intrusivos de contaminação – e acompanhados de ansiedade, medo e desconforto físico. São movidos por impulsos aos quais é difícil resistir, são repetitivos, estereotipados e, na maioria das vezes, reconhecidos pela pessoa afetada como excessivos e pelo menos parcialmente irracionais.³

COMPORTAMENTOS EVITATIVOS OU EVITAÇÕES

Além das compulsões de limpeza, a sensação de estar contaminado desencadeia comportamentos de esquiva (evitações) que, em muitos casos, são altamente incapacitantes, impedindo a pessoa de sair à rua, entrar em estabelecimentos como hospitais, clínicas, ou de usar qualquer banheiro que não seja o da própria casa. Eventualmente, são regiões de uma determinada cidade que não podem ser frequentadas (praças frequentadas por homossexuais, região onde se situa um cemitério, um hospital de câncer). Algumas vezes, toda uma cidade passa a ser evitada, porque lá reside uma pessoa considerada “maligna”, por exemplo. Grupos de pessoas, como mendigos, moradores de rua, portadores de câncer, membros de uma determinada religião, podem ser evitados sistematicamente, bem como os lugares que frequentam. O indivíduo com TOC cuja mente foi invadida por medo de contaminação por algum motivo evitará tocar em qualquer coisa até que tenha tido a oportunidade de se lavar.

As evitações mais comuns são as relacionadas com o uso de banheiros públicos e com o ato de tocar ou encostar em objetos usados por outras pessoas, como toalhas, sabonetes, telefones públicos, pegadores de ônibus, escadas rolantes, maçanetas. Também é comum o indivíduo evitar sentar em bancos de ônibus

ou de praças, cumprimentar ou até mesmo passar perto de certas pessoas ou entrar em casa com a roupa ou com os sapatos usados na rua. Alguns chegam ao extremo de fechar permanentemente as janelas, para que não entrem “germes” da rua, impedindo a saudável e necessária ventilação da casa. Quando o contato é impossível de ser evitado, pode ser adotada a fuga, como comportamento de segurança.

Indivíduos afetados são levados a adotar medidas imediatas para impedir a propagação da contaminação para outras partes do corpo, para as roupas ou objetos, isolando mãos (ou apenas alguns dedos considerados sujos) ou ainda usando os pés ou os cotovelos, papéis ou lenços para abrir as portas ou tocar nos interruptores de luz. É comum o uso de luvas, mesmo durante o verão, para cumprimentar as pessoas. Outra medida é isolar as roupas usadas na rua ou em certos lugares (p. ex., hospitalais) ou que tocaram em certos objetos ou pessoas e consideradas “sujas” das roupas usadas dentro de casa. Normalmente, os lençóis da cama são considerados os “mais limpos” e não podem ser tocados com roupas da rua. O que vem da rua é sujo, e o que está dentro de casa é “limpo”, e esses dois comportamentos não podem se comunicar. A porta de entrada é uma das barreiras para impedir a entrada de germes ou contaminantes. Transportar essa barreira exige a execução de rituais de limpeza como tirar os sapatos e lavá-los, deixá-los do lado de fora e trocar de roupas.

SANTUÁRIOS DE SEGURANÇA

No processo de evitar a contaminação, a pessoa procura estabelecer alguns “santuários” seguros. É comum o isolamento de peças ou móveis dentro de casa. O próprio quarto tende a ser considerado o lugar mais seguro, e uma série de cuidados é tomada para garantir que permaneça não contaminado, como fechar as janelas e/ou impedir a entrada de ou-

EXEMPLOS DE COMPORTAMENTOS EVITATIVOS

Uma paciente mantinha as janelas do seu quarto fechadas há mais de 6 meses, incluindo os vidros. Para ela, o ar proveniente da rua continha grande quantidade de germes, e acreditava impedir, dessa forma, a contaminação. O cheiro de mofo era insuportável, fato que gerava frequentes brigas com a família, as quais culminaram em agressões físicas. Outro paciente queimou as roupas depois de visitar um familiar com câncer no hospital. Além disso, tomava banho e passava álcool por todo o corpo sempre que se via obrigado a comparecer a algum funeral ou ir a um consultório médico, locais que procurava evitar. Considerava esse procedimento necessário para evitar que aids ou outras doenças fossem trazidas do hospital ou do cemitério para dentro de sua casa, pelas roupas. Outro, ainda, jogou fora sua carteira que, sem querer, havia encostado em um recipiente de veneno. Uma paciente colocou suas roupas na lixeira porque havia esbarrado em um mendigo. Por fim, outra paciente jogou fora várias bolsas pela simples razão de terem encostado em outras pessoas no ônibus.

tras pessoas da família (muitas vezes nem sequer é permitida a entrada da faxineira). Uma dona de casa, por exemplo, estabeleceria a máquina de costura como o único lugar da casa “não contaminado”, e todas as roupas “limpas”

permaneciam ali empilhadas. No outro extremo do santuário, encontram-se os lugares altamente contaminados ou com potencial contaminante, como banheiros públicos, praças, clínicas, bancos de coletivos e assim por diante. As pessoas também estão classificadas em termos de segurança de contaminação, e aquelas que são baixas no *ranking* (nada seguras) são evitadas de forma sistemática.³

HIPERVIGILÂNCIA

Uma vez que os medos de contaminação se tenham estabelecido, o indivíduo vê o mundo e a si mesmo de um modo muito peculiar. Os parâmetros de avaliação das ameaças são muito pessoais, e a pessoa se torna extremamente sensível para possíveis perigos de contaminação. O indivíduo sente-se especialmente vulnerável para contrair doenças e em risco muito maior do que as demais pessoas.^{3,4} Uma primeira consequência é uma atenção ou vigilância maior sobre as possíveis fontes externas de contaminação. Estão sempre vigilantes para indícios de secreções ou resíduos corporais em banheiros públicos, impressões digitais de outras pessoas em superfícies de madeira ou de vidro dentro de casa, curativos ou lesões de pele em outras pessoas, na rua, para a presença de lixeiras, fezes de animais, manchas de sangue, preservativos. Essa vigilância aumentada faz manchas em pratos, copos e talheres, no restaurante, pó na estante dos livros, fezes ou urina de ratos nos cantos da casa serem percebidos com muito mais frequência do que por pessoas sem TOC pelo simples motivo de que aqueles com o transtorno desenvolvem sensibilidade especial para perceber (e controlar) o objeto de seus medos – a sujeira ou os contaminantes –, o que compelle o indivíduo a remover essas fontes de contaminação por meio de lavagens repetidas ou a adotar comportamentos evitativos, como o desvio, a fuga ou a troca de roupas.

NEUTRALIZAÇÕES E REASSEGURAMENTOS

Mesmo depois de se lavarem, as pessoas com medo de contaminação não se sentem seguras de que a sujeira ou a contaminação tenha sido de fato eliminada e podem recorrer a outros comportamentos de segurança, como a busca de uma garantia adicional de outras pessoas de que o banho foi realizado direito, de que as mãos foram bem lavadas ou de que não existem manchas na roupa que chegou da lavanderia. É comum a necessidade de garantias de que não houve qualquer risco de contaminação pelo HIV após um beijo em pessoa des-

EXEMPLOS DE HIPERVIGILÂNCIA

Uma paciente caminhava na rua atenta para a possibilidade de encontrar fezes de animais (cães, cavalos) a fim de manter distância e em hipótese alguma tocá-las. Outro paciente acreditava que poderia adquirir aids pisando em manchas de sangue que, segundo receava, poderiam ser provenientes de indivíduos aidéticos. Por esse motivo, vigiava cuidadosamente os locais onde pisava. Pessoas que têm medo de insetos, como mosquitos ou baratas, estão, o tempo todo, encontrando alguns desses insetos. Uma paciente que tinha muito medo de contrair leptospirose com impressionante frequência encontrava fezes ou sinais de urina de ratos em seu pátio ou na sacada do seu quarto, o que confirmava sua certeza de que eles estavam por todos os lugares.

conhecida ou o rompimento do preservativo durante a relação sexual. Essas buscas de garantias expressam-se sob a forma de perguntas repetidas aos familiares, que são obrigados, muitas vezes, a assistir ao banho (para garantir que todas as partes do corpo foram lavadas de forma adequada ou de que o xampu foi de fato usado), ou, ainda, de consultas médicas e da repetição de exames de laboratório. Um paciente chegou a repetir mais de 40 vezes o teste de HIV em um período de 2 anos depois que praticara sexo oral com uma garota de programa para se certificar de que não se contaminara. Mesmo os exames negativos repetidos não lhe davam essa garantia.

TEMPO OCUPADO COM OS RITUAIS DE LIMPEZA

As compulsões por limpeza, de modo geral, tomam muito tempo na vida dos indivíduos com TOC. Uma paciente com 65 anos dedicava, em média, 3 horas por dia para realizar limpezas e lavagens. Apresentava TOC desde os 8 anos. Portanto, há 57 anos gastava 3 horas diárias em seus rituais, ou seja, um total de 62.415 horas, que correspondiam a mais de 7 anos de sua vida dedicados exclusivamente à limpeza. Se levarmos em conta apenas o período em que a paciente estava acordada, a proporção de tempo que os rituais ocupavam em sua vida desperta seria ainda maior.

CONSEQUÊNCIAS ECONÔMICAS E SOCIAIS, INTERFERÊNCIA NAS ROTINAS E ACOMODAÇÃO FAMILIAR

Os MC e as compulsões por limpeza estão entre os sintomas do TOC que mais interferem nas rotinas da família na medida em que influenciam o uso dos espaços, sobretudo o *living* e o banheiro, bem como de objetos como toalhas, sabonetes, talheres e pratos. Muitas vezes, a cama (sem contar a colcha), peças,

compartimentos do roupeiro ou dos armários são isolados do contato dos demais membros da família pelo indivíduo com TOC para mantê-los “limpos”. O quarto é chaveado para que ninguém entre e abra as janelas; as roupas precisam ser lavadas várias vezes separadamente e, no varal, não podem encostar nas roupas das demais pessoas da família. Não raro, exigem um banheiro exclusivo. Os familiares são obrigados a respeitar tais restrições e a se acomodarem a elas, submetendo-se às imposições e sendo solicitados a participar dos rituais. As lavagens excessivas, os “isolamentos” e as evitações são impostos a todos os familiares, o que é motivo para constantes conflitos, em particular quando envolvem a demora no banho, o isolamento de peças ou a obrigação imposta a todos de se lavarem e trocarem de roupa quando chegam da rua. O TOC acaba, portanto, transformando-se em uma doença

EXEMPLOS

Um paciente não podia tocar em mais nada depois do banho, antes de deitar, e obrigava-se a ir, em um único salto, da porta do banheiro até sua cama. Caso tocasse em algo, era obrigado a repetir o banho. Outra paciente não sentava no sofá da sala depois de colocar o pijama. Outra obrigava os filhos a passar diariamente álcool nos sofás e nas cadeiras antes de tomarem o banho no fim do dia, para depois poderem se sentar. Outra, ainda, exigia que o marido, ao chegar da rua, lavasse a boca antes de beijá-la, tomasse um banho imediatamente e trocasse de roupa. Também era obrigado a tomar outro banho se fossem ter relações sexuais.

da família, pois toda a rotina é modificada de forma drástica. A família é particularmente envolvida quando a pessoa afetada ocupa uma posição-chave, como, por exemplo, a mãe.

Os medos de contaminação têm também forte impacto econômico na vida dos indivíduos com TOC e de suas famílias: roupas, sapatos, bolsas, celulares e até relógios, pulseiras e joias são descartados (às vezes, queimados). É grande o gasto com sabonetes, sabão em pó, detergentes, xampus, álcool, além do consumo elevado de água – muitas vezes, extraordinário – de energia elétrica ou de gás, pela demora excessiva no banho.

Uma consequência adicional dos medos de contaminação é a ansiedade social, seja pelo medo de se contaminar ao se aproximar de outras pessoas, seja pelo de contaminá-las. O resultado é a redução dos contatos sociais, das expressões de afeto e o isolamento. Uma paciente passara anos sem ir a festas para não ter que usar o banheiro, pois considerava que “banheiro de festa é dos mais sujos que existem”. Outra, durante muito anos, evitou receber visitas para não ter que limpar compulsivamente a casa, incluindo sofás e móveis, depois que as visitas se retirassem. Outra, ainda, não deixava o bebê de mais de 1 ano sentar no carpete e tentar engatinhar.

CONSEQUÊNCIAS MÉDICAS

Paradoxalmente, a lavagem compulsiva resseca a pele, pois remove a oleosidade natural que a protege. Muitas vezes, torna-se avermelhada, podendo apresentar rachaduras e dermatites, em especial entre os dedos. Não é rara a ocorrência de lesões por fungos, sobretudo debaixo das unhas. Uma pesquisa verificou que 24,7% dos pacientes de uma clínica de dermatologia preenchiam critérios para TOC, dos quais apenas 14,6% haviam sido diagnosticados. As obsessões mais comuns eram de contaminação (61%). Lavagens (61%) e checagens

(51,2%) foram as compulsões mais frequentes.⁵

POLUIÇÃO MENTAL

Segundo Rachman,³ o termo “poluição mental” refere-se à sensação de sujeira interna, de corrente de pensamentos, imagens ou impulsos intrusivos de conteúdo sexual, blasfemo ou violento repulsivos (pensamento incestuoso, de molestar uma criança, transar com Deus). São assustadores, pois fazem a pessoa se sentir “suja”, imoral ou impura e são interpretados catastroficamente como indicativos de desvios morais, de desejos secretos ou de que pode vir a cometê-los. A incapacidade de afastar tais pensamentos leva o indivíduo a ter dúvidas sobre o próprio caráter, sobre a capacidade de controlar seu comportamento ou, ainda, a acreditar que teve um colapso mental ou que está enlouquecendo. É muito comum o uso de lavagens como forma de aliviar a sensação de poluição ou sujeira moral após ter a mente invadida por alguma dessas obsessões.

Diferentemente do que ocorre com os medos de contaminação, em que de modo geral a fonte do medo é externa e identificada (uma maçaneta, um banheiro, um mendigo ou o caminhão do lixo que passou), na poluição mental, nem sempre a fonte é identificável, e a conexão com objetos, locais ou pessoas é imperfeita. O medo pode surgir sem a necessidade de contato direto, apenas em razão da semelhança (cor dos cabelos ou a roupa semelhantes às de um determinado indivíduo considerado “maligno”) ou de algum significado. Não é transmissível de pessoa para outra pessoa, porque é muito pessoal.³

Sentimentos de poluição mental também são muito comuns em vítimas de agressão sexual, abuso moral, humilhações por razões raciais ou culturais (minorias), após os quais é comum sentirem-se sujas ou manchadas, mesmo que não tenha havido contato físico, neces-

EXEMPLOS DE POLUIÇÃO MENTAL

Uma paciente tinha a mente invadida por uma cena em que se via mantendo relações sexuais com Jesus Cristo ao ver sua imagem em um crucifixo, seminu. Sentia-se suja, necessitando lavar-se depois, o que chegava a fazer de 30 a 40 vezes ao dia. Outro necessitava lavar os olhos depois de avistar pessoas que considerava “azaradas” na televisão, pois poderia ocorrer com ele o mesmo, como perder alguém da família. Outro, ainda, evitava se aproximar de homens, pois poderia contaminar-se com a bactéria de homem e tornar-se homossexual, o que o apavorava. Caso houvesse se aproximado de algum homem, necessitava lavar-se. Uma paciente adepta da religião católica e muito religiosa sentira-se muito “suja” depois de ser cumprimentada por um colega de trabalho praticante de uma religião afro. Evitava tocar nos objetos que o colega tocava, usar o mesmo banheiro; tomava banho e trocava de roupas assim que chegava em casa.

sitando, muitas vezes, executar lavagens repetidas e demoradas e adotar comportamentos evitativos como forma de se livrar da “sujeira” moral e com pouco sucesso para eliminar tais sentimentos. Tendem a acreditar que estão permanentemente destruídas ou poluídas pelo evento e que seu futuro está marcado.^{6,7}

NOJO

Nos modelos explicativos para a compreensão do TOC e para os transtornos de ansiedade, de modo geral, sempre houve valorização do medo como emoção básica e responsável inclusive pela própria sobrevivência. Em situações de medo, normalmente, é ativado o sistema nervoso simpático, com aceleração dos batimentos cardíacos, hiperventilação, palidez, elevação da pressão arterial e respostas comportamentais bem definidas de fuga e esquiva.

Nojo é uma emoção básica aparentemente destinada a evitar o contato e a ingestão de substâncias nocivas. Pode ser um vestígio evolutivo da resposta de nojo, que pode ter servi-

do no passado para promover a expulsão de substâncias perigosas, como venenos ou alimentos estragados. Na reação de nojo, ocorre ativação do sistema nervoso parassimpático, com diminuição da frequência cardíaca e da pressão arterial e aumento da motilidade gastrintestinal. No TOC, eventualmente, inexiste essa funcionalidade, e a reação de nojo pode ocorrer em associação a mais produtos ou substâncias, como carne, gelatinas, colas, urina, esperma. Nesses casos, a possibilidade do contato não é acompanhada necessariamente de pensamentos catastróficos específicos (contrair doença), mas apenas por nojo ou repugnância.

Nos últimos 10 anos, entretanto, houve crescente interesse pela resposta emocional de nojo, especialmente por sua contribuição para as diversas formas de psicopatologia. Pesquisadores identificaram o nojo como um fator importante que contribui para a fobia a sangue e injeção/ferimentos, transtornos da alimentação, fobias a animais pequenos, estresse pós-traumático e no TOC, associado aos medos

de contaminação, lavagens e comportamentos de esquiva.⁸⁻¹² Uma possível explicação é que indivíduos sensíveis ao nojo ou propensos a ter reações aversivas, diante de estímulos repugnantes externos (p. ex., lidar com o banheiro) ou internos (p ex., imagem sexual inaceitável), seriam levados a interpretar erroneamente essas respostas como um sinal de perigo. Essa interpretação equivocada, associada a uma sensibilidade especial, seria o elemento-chave para o TOC de contaminação vinculado ao nojo.^{11,12}

► FATORES ETIOLÓGICOS DOS MEDOS DE CONTAMINAÇÃO

Como se originam e por que não desaparecem espontaneamente os MC? Essas perguntas, até o presente momento, não têm uma resposta satisfatória. Entretanto, vários modelos têm sido propostos para respondê-las, os quais auxiliariam no desenvolvimento de tratamentos efetivos. Para explicar a origem e a manutenção dos MC, têm sido valorizados fatores de ordem cognitiva que atribuem um papel relevante para aprendizagens, avaliações e crenças erradas, vieses no processamento da informação e para alterações de natureza funcional neurofisiológica.

FATORES COGNITIVOS: AVALIAÇÕES E CRENÇAS ERRADAS

EXAGERAR O RISCO OU O PERIGO

Os MC estão associados aos erros de avaliação e à tendência a superestimar o risco ou o perigo tanto no que se refere a sua probabilidade quanto a sua gravidade em situações comuns.¹³⁻¹⁵ Referem-se à possibilidade de se contaminar, de contrair doenças e de vir a morrer ou então de contaminar outras pessoas, em especial os familiares.

A ameaça percebida, na maioria das vezes, é claramente identificada (o uso de um banheiro, de uma toalha, de um sabonete, uma mancha na roupa ou no lençol) e se manifesta por meio de pensamentos automáticos catastróficos, suposições e regras ou crenças: “Isso pode ser sangue de um aidético”; “Se minha toalha de banho tocar na toalha dos meus familiares, posso contrair (ou transmitir) doenças” (suposição); “Não devo usar banheiros públicos, pois posso contrair doenças” (regra); “Devo lavar as mãos antes de tomar banho”; “Pode-se contrair doenças tocando em maçanetas, em dinheiro ou usando telefones públicos” (crença); “Apertar as mãos ou tocar nas pessoas é perigoso” (crença).

As crenças sobre a contaminação, não raro, têm qualidade bizarra, não são baseadas no raciocínio lógico e nas evidências. Podem ser completamente estranhas ao conhecimento existente e sem qualquer plausibilidade. Exemplos: um paciente acreditava que o contato (toque) com outro homem poderia infecá-lo com a bactéria de homem e transformá-lo em homossexual. Outro acreditava que poderia se contaminar com germes transmitidos pelo telefone. Outro, ainda, acreditava que poderia engravidar a namorada se lavasse as cuecas na mesma máquina em que ela lavava suas roupas íntimas. Essas crenças são resistentes e aparentemente independem do nível educacional do indivíduo, que muitas vezes reconhece que sua crença é estranha e restrita a ele próprio. Não são sensíveis às evidências em contrário, o que torna difícil seu tratamento com técnicas cognitivas. São de longa duração e tendem a se tornar permanentes. Podem ser de intensidade muito grave e, em algum momento, assumir um caráter psicótico.³

SUPERESTIMAR A PRÓPRIA VULNERABILIDADE

Indivíduos com MC tendem a superestimar a própria vulnerabilidade e acreditam ter uma

vulnerabilidade pessoal especial para os efeitos nocivos da contaminação, que é única e não compartilhada com todas as outras pessoas.⁴ Ou, se compartilhada, a vulnerabilidade pessoal segue sendo extremamente elevada (p. ex., “Outras pessoas não acreditam que existe qualquer risco de contrair aids utilizando um telefone público, mas para mim o risco é muito alto”).³

PENSAMENTO MÁGICO: TRANSMISSÃO PELO CONTATO, PELA SEMELHANÇA

Os medos de contaminação têm algumas características cognitivas notáveis que lembram as leis da magia simpática ou do pensamento mágico, típicas de culturas primitivas e das superstições. De acordo com esse modelo, a contaminação se transmite pelo simples contato e pela semelhança, mantém suas propriedades após o contágio, não decai com tempo e pode ser transmitida em uma cadeia sucessiva sem que suas propriedades negativas diminuam; pode, ainda, ser exercida no futuro e a distância. Essas crenças não se enquadram no raciocínio lógico (causa e efeito) nem se coadunam com as conhecidas leis naturais da química ou da física. Baseiam-se muito mais nas ideias primitivas de causa/consequência em razão do contato e da semelhança.

A LEI DO CONTATO

De acordo com a lei do contato, certas propriedades maléficas ou benéficas se transmitem pelo simples contato. No caso do TOC, pessoas, objetos, roupas, móveis, etc., que, em algum momento, tocam uma pessoa ou um objeto “contaminado” adquirem as propriedades desse objeto, as quais se mantêm mesmo depois de terminado o contato. Uma roupa que tocou em uma determinada pessoa “maligna” pode permanecer “contaminada” por anos a fio. Uma paciente descartava qualquer bolsa que

tivesse encostado em outra pessoa na rua, antes de chegar em casa. O contato pode ser visual (ver certa pessoa na televisão), pelo telefone (falar com alguém que está telefonando de um hospital ou cemitério) ou apenas pela proximidade física.

Tolin e colaboradores¹⁶ demonstraram essa forma de contágio em um estudo conhecido no qual esfregaram sucessivamente um lápis contaminado em 12 outros lápis neutros. Indivíduos com TOC avaliaram que o mesmo nível de contaminação foi transferido do lápis original para cada um dos 12 lápis neutros da sequência. Tanto o lápis 1 da cadeia, que teve um contato direto, quanto o lápis 12, que teve apenas contato muito indireto, mantinham o mesmo nível de contaminação com praticamente nenhuma perda de intensidade e assim se mantinham ao longo do tempo. Tal avaliação não foi compartilhada por indivíduos sem TOC.¹⁶

A cadeia de contaminação pode ser constatada no dia a dia da prática clínica, em que eventualmente todas as roupas ou todos os móveis da casa se tornam contaminados em razão de algum contato (roupas que se tocam no estendedor ou no armário, uso comum de banheiro, toalhas e sabonetes). O isolamento é adotado como estratégia para impedir que a contaminação se espalhe. O nível de contaminação também não decai com o tempo. Objetos que foram percebidos como contaminados 5, 10, até mesmo 20 anos antes, mantêm seu nível original de contaminação ao longo do tempo. A lei do contato vale não só para germes e substâncias contaminantes, mas também para características negativas ou “malignas” de uma determinada pessoa, mais subjetivas e abstratas, e para a sensação de nojo. Em resumo, uma vez em contato, sempre em contato.

A LEI DA SEMELHANÇA

De acordo com essa lei, coisas perceptualmente semelhantes produzem efeitos semelhan-

tes. No TOC, essa forma de transmissão pode ter lugar se a pessoa percebe uma semelhança significativa entre o objeto contaminado ou repugnante e um objeto neutro; isto é, um objeto neutro semelhante a um objeto repugnante ou perigoso passa a ser evitado, como se fosse esse mesmo objeto. Pessoas com algumas semelhanças com outros indivíduos “malignos” podem assumir as mesmas propriedades e passar a transmiti-las. As semelhanças podem ser decorrentes de características físicas (ter a mesma cor do cabelo ou o mesmo formato do rosto) ou ser originário da mesma cidade. Nesse caso, nenhum contato físico é necessário. Um paciente evitava o contato com qualquer indivíduo que se assemelhasse na cor do cabelo e dos olhos com um indivíduo “maligno”. Caso ocorresse algum contato, necessitava “descontaminar-se” depois.

A descontaminação também pode ser feita com base na lei da semelhança. Contaminações adquiridas visualmente podem ser anuladas pela lavagem das mãos, que tem o poder não só de limpar sujeiras ou de eliminar contaminantes, mas também de prevenir desfechos negativos futuros. Nesse caso, pesa o sentido simbólico da lavagem. Por exemplo, um paciente pode se sentir compelido a lavar as mãos cada vez que uma imagem perturbadora, como o funeral da filha ou se vendo hospitalizado com câncer, aparecer em sua mente.

EXCESSO DE RESPONSABILIDADE, INTOLERÂNCIA À INCERTEZA, PERFECCIONISMO

Além das crenças que seguem as leis do contato e da semelhança e de avaliar de forma excessiva o perigo, indivíduos com MC apresentam outras crenças anormais, como o excesso de responsabilidade (medo de contaminar os outros, responsabilidade em prevenir o contato) e o perfeccionismo.¹⁵ É muito comum, por exemplo, a necessidade de ter certeza de

que a lavagem das mãos ou o banho eliminou de fato a contaminação ou de que o banho foi “perfeito”. São comuns as dúvidas, a indecisão sobre ações, a necessidade de se reassegurar com as outras pessoas (confirmar que de fato lavou as mãos mesmo elas estando molhadas) e a fusão do pensamento e da ação (ter um pensamento imoral ou blasfemo equivale a praticá-lo ou deseja-lo; poluição mental).

DIFICULDADES EM DECIDIR QUANDO ENCERRAR A LAVAGEM COMPULSIVA

Uma das dificuldades mais notáveis dos indivíduos com lavagens excessivas é interrompê-las. Um banho, por exemplo, pode demorar várias horas, e interrompê-lo causa tanta aflição que alguns pacientes preferem nem iniciá-lo. Um indivíduo normal encerra a lavagem das mãos, por exemplo, quando vê que a sujeira foi removida e depois de um período de tempo breve de forma quase automática, com pouco ou nenhum esforço deliberado. Não é o que ocorre com o indivíduo com TOC, para o qual não é suficiente ver as mãos lavadas. Ele pode lavá-las até sangrarem e não ter dúvidas de que elas foram de fato lavadas ou até mesmo durante quanto tempo elas foram lavadas. Relata, entretanto, não ter certeza se as lavou o suficiente. A partir dessas observações, tem sido proposto, como explicação alternativa para a repetição das lavagens, que esses comportamentos compulsivos sejam decorrentes não apenas do nível de ativação (medo) inicial em razão do contato com o contaminante, mas sobretudo da dificuldade de tomar a decisão de quando interrompê-los.^{17,18}

De acordo com esse modelo, o indivíduo com TOC de contaminação incluiria a exigência de níveis de evidência muito elevados (necessidade de ter certeza) e ao mesmo tempo subjetivos, consequentemente difíceis de ser atingidos, como a lavagem “parecer” direita, ou uma combinação de evidências, como “sentir”

(em um sentido táctil) se as mãos ainda estão pegasas, sentir-se bem com a sujeira (não estar mais aflito) e não ter nenhuma dúvida (“eu sei que...”) de que as mãos (ou o corpo) estão de fato limpas. Critérios como o sentimento de completude ou de sentir que lavou “direito” lembram os fenômenos *just right*, de outras dimensões de sintomas, e parecem ter um papel importante no término de uma lavagem compulsiva.¹⁹ Em apoio a esse modelo, estudos recentes têm verificado que experiências não cognitivas e automáticas do tipo *not just right experiences* (NJREs) possam influenciar na duração das lavagens compulsivas.²⁰ Como exemplo, um paciente levava cerca de 20 minutos escovando os dentes, para ter certeza de que havia feito uma boa escovação, em um excesso contraindicado pelos dentistas, pois poderia danificar o esmalte dos dentes.

► ERROS NO PROCESSAMENTO DA INFORMAÇÃO

VIÉS ATENCIONAL E VIÉS DE MEMÓRIA

É da prática clínica a observação de que pacientes com medo de contaminação estão sempre atentos e hipervigilantes para indícios da presença de sujeira ou contaminantes e que percebem muito mais tais indícios do que indivíduos que não têm TOC. Prestam muito mais atenção a onde pisam na rua e/ou ao botão do elevador, porque, entre outras razões, teriam dificuldade de desviar a atenção de estímulos que significam perigo. De fato, embora com resultados ainda inconsistentes, as pesquisas têm verificado que os pacientes com TOC relacionado a contaminação apresentam um viés atencional, ou seja, uma tendência a orientar sua atenção para estímulos relevantes em relação a essa ameaça. Apresentam tam-

bém dificuldades em desviar a atenção para estímulos relacionados tanto ao medo de contaminação quanto ao nojo.²¹⁻²⁶ Acredita-se que o viés atencional contribua para a manutenção do TOC na medida em que impede a exposição natural. O viés de atenção pode melhorar com a terapia de EPR. O treino na capacidade de desviar a atenção facilitou a aproximação de objetos temidos em indivíduos com TOC.²⁵

A maioria dos pacientes com medos de contaminação retém uma memória precisa sobre a natureza e a localização exata do material contaminado, mesmo que a contaminação possa ter ocorrido 30 anos antes ou mais. Depois de 10 anos, um paciente lembrava do local exato, no estacionamento do hospital, que continuava evitando, onde tinha visto um curativo manchado descartado. Era capaz de descrever em detalhes o curativo original manchado, a localização exata e a posição do próprio carro. Outros irão lembrar do local exato em uma prateleira na qual foi colocado brevemente um recipiente contendo venenos anos antes, e assim por diante. Nesses exemplos comuns, observa-se uma combinação conhecida da qualidade não degradável da contaminação ao longo do tempo e uma memória aumentada para o objeto e as circunstâncias da contaminação. Pode dizer-se que a contaminação e a memória da contaminação são, ambas, não degradáveis.³ De fato, as pesquisas²² demonstraram que os indivíduos com TOC de contaminação apresentam um viés de memória, ou seja, apresentam uma memória melhor em relação a objetos que foram contaminados do que em relação a objetos limpos do que indivíduos-controle. Em uma repetição desse primeiro estudo, entretanto, os “lavadores” não apresentaram diferenças de memória em relação aos objetos “limpos” e “contaminados”, mas lembravam com mais precisão do objeto “sujo” do que do “limpo”.²⁷

► FATORES COMPORTAMENTAIS: APRENDIZAGENS ERRADAS

O modelo comportamental propõe que os sintomas obsessivo-compulsivos (OC) e, entre eles, os medos de contaminação sejam, pelo menos em grande parte, medos adquiridos em consequência de aprendizagens disfuncionais, como o condicionamento clássico e o condicionamento operante. Rachman propôs, ainda, que possam contribuir a aprendizagem por observação e a aprendizagem por transmissão de informações.²⁸

A aquisição de medos por condicionamento clássico e por observação foi amplamente demonstrada em experimentos de laboratório com diversos animais. Entretanto, muitos medos, e no TOC esta é a regra, os MC podem surgir sem associação (pareamento) a nenhuma experiência relevante, como se sempre estivessem presentes.²⁹ Além disso, muitas pessoas não desenvolvem os medos mesmo em situações extremas, e outros desenvolvem na ausência de exposições condicionadoras.³ A hipótese do condicionamento na origem dos medos de contaminação não tem sido confirmada em pesquisas, embora possa ser verificada na prática clínica em algumas situações, como no TOC associado ao TEPT. Por exemplo, uma paciente, que nunca apresentara sintomas de TOC, desenvolveu medo intenso de contaminação e necessidade de realizar lavagens das mãos e do corpo usando álcool depois que presenciara a morte do pai em razão de um edema agudo do pulmão e nada pudera fazer para socorrê-lo. A maioria dos pacientes, no entanto, relata um início insidioso dos sintomas, sem qualquer pareamento definido com objeto, local, pessoa ou situação, embora a ansiedade se torne associada a eles, que até um determinado momento eram neutros, e se generalize a estímulos semelhantes que passam a evocá-la.²⁹

Quanto à aprendizagem por observação ou por transmissão de informações, é comum, na prática clínica, o relato desses modos de aquisição de medos ou, sobretudo, de rituais (deixar os sapatos do lado de fora da casa; lavar os sofás e as cadeiras com álcool para sentar-se depois do banho; usar um plástico nas mãos para abrir a porta porque observou a mãe procedendo dessa forma). Permanece a dúvida sobre o quanto esses comportamentos representam efetivamente aquisição dos sintomas ou se são simples acomodações familiares às exigências do paciente. Nesse último caso, em geral, não se mantém se o indivíduo com TOC está ausente.

O que há de mais consistente é o alívio obtido com os rituais de lavagens e com as evitações, o qual tem o efeito prático de reforçar esses sintomas e ao mesmo tempo perpetuar os MC, pois impede sua desconfirmação. Suprimir esse reforço é a estratégia da terapia de EPR, ao propor ao paciente que se abstenha de executar lavagens e se exponha aos MC, o que tem como efeito um aumento inicial da ansiedade e seu desaparecimento posterior, bem como da necessidade de realizar lavagens. Ou seja, de acordo com o modelo comportamental, as lavagens compulsivas, as evitações e a hipervigilância persistem porque têm sucesso em reduzir a ansiedade e, dessa forma, os MC se consolidam.

► ALTERAÇÕES NEUROFISIOLÓGICAS ASSOCIADAS AOS MEDOS DE CONTAMINAÇÃO

Em razão da heterogeneidade do TOC, tem havido também interesse em identificar áreas cerebrais e características neurofisiológicas específicas para as principais dimensões do transtorno. Evidências iniciais apontam para anor-

malidades no funcionamento cerebral envolvendo estruturas do circuito fronto-estriato-tálamo-cortical e do sistema límbico em indivíduos com medos de contaminação e nojo. Em um estudo, foi verificado que os pacientes com compulsões de lavagem apresentaram ativação significativamente maior das regiões pré-frontais bilaterais ventromediais e do núcleo caudado direito em relação aos indivíduos-controle.³⁰

Outro estudo comparou as reações de 21 indivíduos com MC às de 12 indivíduos saudáveis diante de imagens de ambientes sujos ou limpos. Observaram aumento da atividade da amígdala esquerda em resposta aos estímulos de contaminação e sensibilização da amígdala direita nos indivíduos com TOC, bem como diminuição da atividade pré-frontal dorsolateral em paralelo com os níveis de desconforto e das obsessões. Foi sugerida a hipótese de que a resposta de medo está associada à diminuição do controle frontoestriatal das estruturas límbicas, mais especificamente da amígdala, resultando em uma resposta inadequada de medo em pacientes com medo de contaminação.³¹ Nas reações de nojo em indivíduos com TOC, foi observada maior ativação da ínsula anterior, além de hiperativação do córtex orbitofrontal direito.³²⁻³⁴

➤ TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL DOS MEDOS DE CONTAMINAÇÃO, DAS LAVAGENS COMPULSIVAS E DAS EVITAÇÕES

No tratamento dos MC e das lavagens compulsivas, recomenda-se a associação de medicamentos antiobsessivos e TCC. Ela é particularmente recomendável se os sintomas são graves ou muito graves e se existem comorbidades associadas, como depressão ou outros transtornos de ansiedade. A TCC pode ser usa-

da isoladamente, com muito boas chances de sucesso, se os sintomas são leves ou moderados, se não existem comorbidades (graves) associadas, se o paciente tem bom *insight*, está motivado e adere precocemente aos exercícios. A resposta aos medicamentos isoladamente costuma ser parcial. Um estudo verificou que a presença de lavagens foi um preditor negativo de resposta aos inibidores da recaptação de serotonina (IRSs).³⁵ É importante lembrar que, no TOC, o comum é o paciente apresentar também sintomas de outras dimensões, como dúvidas/verificações, pensamentos inaceitáveis, etc., e a escolha dos exercícios inclui tarefas relacionadas com esses outros sintomas de outras dimensões, como foi explicado no Capítulo 8.

➤ A TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL

A terapia de EPR e a TCC da qual fazem parte a exposição e a prevenção de resposta são tratamentos comprovadamente efetivos para medos de contaminação e lavagens compulsivas, em particular. O objetivo é a eliminação não só dos MC, como dos sintomas relacionados: lavagens compulsivas, evitações, hipervigilância, nojo e as diferentes formas de neutralização. Pretende, ainda, a correção das crenças disfuncionais e das avaliações erradas subjacentes, como exagerar o risco e a responsabilidade, o pensamento mágico, a intolerância à incerteza e o perfeccionismo, disfunções cognitivas facilmente identificáveis em pacientes com MC. As reações de nojo também diminuem por meio da habituação, da mesma forma que a ansiedade e o medo, embora de uma forma mais lenta, talvez até porque os terapeutas dão menos atenção a essas reações do que ao medo.³⁶

Os princípios gerais da TCC foram descritos nos Capítulos 8 e 9. Serão destacadas, a seguir,

algumas peculiaridades da TCC para pacientes que apresentam MC e sintomas associados.

► PSICOEDUCAÇÃO

Embora os MC, as lavagens compulsivas e as evitações respondam bastante bem à terapia de EPR, a descrença por parte do paciente em relação aos resultados, a falta de *insight* ou crenças supervalorizadas e os sintomas muito graves estão associados a falta de motivação e não adesão aos exercícios, e, nesses casos, os resultados podem ficar comprometidos. A estratégia para vencer essas dificuldades é a psicoeducação, uma das marcas registradas da TCC. Seu objetivo é oferecer informações ao paciente e a sua família para melhorar seu conhecimento (*insight*) sobre a natureza do TOC e, em particular sobre os MC, sobre a TCC, as possibilidades de se livrar dos sintomas, e motivá-lo a iniciar a terapia e aderir aos exercícios.

Os MC e as lavagens compulsivas estão entre os sintomas que mais alteram as rotinas da família. Os rituais e as evitações são impostos a todos os membros, que acabam, na maioria das vezes, acomodando-se a eles. Como regra, é interessante que a família participe de algumas sessões junto ao paciente. Esse tema é aprofundado no Capítulo 17.

No que se refere à psicoeducação relativa aos medos de contaminação, é importante o terapeuta lembrar que os MC e o nojo são manifestações do TOC (muitas vezes essa noção é perdida); a função (de reforço) das lavagens, das evitações e da hipervigilância na redução da ansiedade, mas de perpetuação dos medos; avaliações e crenças errôneas subjacentes aos sintomas e seu papel em sua origem e manutenção (se possível, dar alguns exemplos do próprio paciente).

O segundo tópico a ser abordado é a TCC. O que é a TCC, quais os seus fundamentos, o modelo cognitivo-comportamental (o que per-

petua e o que elimina os medos); o que são pensamentos intrusivos, avaliações e crenças erradas, exemplificando com os medos de contaminação; o racional da TCC: como se perdem os medos de contaminação pela exposição e a abstenção de executar rituais – o fenômeno da habituação, e pela identificação e correção de avaliações e crenças erradas; como funciona na prática (frequência das sessões, duração do tratamento, tarefas de casa, etc.) e os resultados que podem ser obtidos. Mais detalhes podem ser vistos no Capítulo 8.

QUANDO AS LAVAGENS DAS MÃOS SÃO “NORMAIS” E QUANDO SÃO EXCESSIVAS

Os indivíduos que apresentam MC com muita frequência perdem a noção do que são lavagens “normais”, do que é recomendável em termos de cuidados de saúde, hábitos de higiene, e do que pode ser excessivo e até claramente prejudicial. Desconsideram que o contato com germes é crucial para o desenvolvimento dos anticorpos, como ocorre com as vacinas, fundamentais para a prevenção das doenças. Desconhecem o quanto as lavagens excessivas, o uso excessivo de álcool, sabão e detergentes podem ser prejudiciais à saúde. O uso excessivo de sabão ou detergentes causa dermatites e torna o indivíduo predisposto a adquirir fungos – uma doença comum em lavadeiras. O álcool, por sua vez, resseca a pele, tornando-a predisposta a lesões. O objetivo da psicoeducação é restabelecer essas noções.

EXEMPLOS DE CRENÇAS ERRADAS SOBRE CUIDADOS DE HIGIENE

Uma paciente perdia um tempo enorme ao chegar do supermercado porque passava pano úmido em todas as embalagens de refrigerantes, caixas de leite e produtos de limpeza; lavava as latas de azeite, compotas e outras conser-

Situações normais de lavar ou passar água nas mãos:

- sempre que enxergar, sentir ou cheirar sujeira nas mãos;
- antes das refeições;
- depois de usar o banheiro;
- depois de remover o lixo, trocar as fraldas do bebê, fazer limpeza doméstica;
- depois de lidar com plantas;
- antes de preparar alimentos;
- depois de usar venenos domésticos;
- depois de usar graxas, lubrificantes ou sempre que tocar em alguma sujeira (visível);
- quando for visitar alguém no hospital.

vir de metas a serem atingidas. Essas regras não valem para as pessoas que trabalham no processamento de alimentos e/ou que lidam com substâncias químicas, situações que exigem cuidados especiais. Não valem especialmente para pessoas que trabalham em hospitais, como médicos, enfermeiros e atendentes, que, por razões de higiene, necessitam lavar as mãos com muita frequência, durante mais tempo e com sabonetes especiais, usando álcool muitas vezes.

Nas situações mencionadas, recomenda-se lavar apenas uma vez e por menos de 30 segundos. Usar sabonetes comuns. Não utilizar álcool ou sabonetes com bactericidas.

DEMORA NO BANHO

Em indivíduos com medos de contaminação, é muito comum a demora excessiva no banho, que pode se estender por várias horas. Além da demora em si, o banho pode adquirir um caráter ritualístico e seguir, por exemplo, uma sequência predeterminada. A esponja é esfregada com força, eventualmente provocando lesões e até sangramentos na pele, e o xampu é passado várias vezes no cabelo e durante muito tempo. Dúvidas, checagens e contagens são comuns, assim como pensamentos supersticiosos, obsessões e compulsões de simetria (lavar um determinado número de vezes cada lado), além de perfeccionismo (necessidade de ter certeza de que lavou “direito” ou “completamente”), que podem explicar a demora. Uma paciente demorava de 3 a 4 horas no banho. A demora estava relacionada com a necessidade de ter certeza de que havia lavado direito todas as partes do corpo e de que não havia omitido nenhum milímetro quadrado da pele, o que era particularmente difícil em relação às costas. A possibilidade de o banho não ter sido completo e perfeito era motivo de dúvidas obsessivas e sinônimo de grande sofrimento, a ponto de, em muitos dias, evitá-lo.

vas; escovava e lavava os ovos antes de colocá-los na geladeira, etc. Outra, lavava todas as verduras com detergente usando luvas, perdendo muito tempo no preparo dos alimentos. Ambas consideravam necessárias e “normais” as lavagens que faziam. Outra paciente levava 1 hora e meia escovando os dentes e passando o fio dental, para que os dentes ficassem “perfeitamente” limpos. Elas acreditavam que esses eram comportamentos normais e, portanto, desejáveis.

Os critérios para decidir quando as lavagens das mãos são “normais” e quando são excessivas são o tempo que tomam do paciente, comparando aos indivíduos que não apresentam TOC, se causam lesões ou comprometem a pele e, sobretudo, o motivo que determina a lavagem: medo de contaminação, ansiedade ou nojo, claramente excessivos.

Uma pequena lista de situações nas quais é recomendável lavar as mãos e algumas orientações bem claras sobre o banho poderão ser-

Normal do banho:

- tomar um banho diário: 8 a 10 minutos, em média, para homens; 10 a 12 minutos para mulheres (com lavagem do cabelo, até 20 minutos);
- não fazer rituais (repetições) durante o banho; passar o sabonete e o xampu apenas uma vez e durante pouco tempo: 2 a 3 minutos;
- tomar banho depois de praticar esportes, fazer caminhadas ou realizar trabalhos que provocaram suor ou cansaço.

Exigia sempre a presença da mãe para se certificar de que o banho estava “direito” e completo.

TAREFAS E TEMPOS

Uma dica para indivíduos com TOC que demoram muito no banho é cronometrar o tempo e estabelecer como meta reduzi-lo em 30% a cada semana até chegar a um tempo razoável, com o objetivo de demorar os tempos expostos no quadro em destaque. É possível, ainda, valer-se de um despertador, que deve tocar quando o tempo estabelecido estiver esgotado, ou 5 minutos antes. Essa mesma estratégia pode ser adotada para a escovação de dentes, estabelecendo-se previamente tempos máximos que o paciente deve demorar.

➤ A TCC PARA MEDOS DE CONTAMINAÇÃO E LAVAGENS

Quando os sintomas são leves ou moderados, o paciente tem bom *insight*, está motivado,

pode-se iniciar, depois de realizada a psicoeducação, diretamente com os primeiros exercícios de exposição que são focados nos comportamentos evitativos. A segunda estratégia é a prevenção dos rituais focada nas lavagens excessivas e nas trocas demasiadas de roupas. (Ver as orientações para escolha de tarefas no Capítulo 8). Em algumas circunstâncias, é necessária a utilização de técnicas cognitivas para facilitar a introdução das técnicas comportamentais e a adesão aos exercícios. Isso é comum quando há falta de *insight* ou de motivação, quando os sintomas são graves, quando ocorrem dificuldades com a realização dos exercícios ou quando a terapia não está tendo o curso esperado.

EXPOSIÇÃO

A exposição envolve o contato direto e programado com situações, objetos ou pessoas que provocam o medo de contaminação, o impulso de executar lavagens, e que por esse motivo são evitados (usar um banheiro público). Ocorre um aumento súbito da ansiedade, que gradualmente diminui até desaparecer e que é menor a cada exercício em razão da habituação. Há, ainda, uma mudança cognitiva em razão de as consequências temidas serem pouco a pouco desconfirmadas. Exemplos: tocar no botão do elevador, em cédulas de dinheiro; entrar em casa com os sapatos que usou na rua; sentar no sofá da sala ou na cama ao chegar da rua, sem trocar a roupa; usar banheiro público; usar o sabonete ou a toalha de mão usados pela família; tocar na torneira ou na tampa do vaso do banheiro; tocar com a mão dentro da cesta do lixo; passar perto de um mendigo.

PREVENÇÃO DE RESPOSTA (OU DE RITUAIS)

Prevenção de resposta é a abstenção programada da realização dos rituais (no caso, lava-

gens das mãos, do corpo, das roupas, de objetos) e das neutralizações – essas últimas descriptas em seguida. Por exemplo, não lavar as mãos ao chegar em casa, não trocar de imediato as roupas, não passar álcool nas chaves do carro, na bolsa, no *mouse*, no teclado do computador. Uma função óbvia da prevenção de resposta é prolongar a exposição aos medos de contaminação e ao próprio nojo.

REDUÇÃO DA HIPERVIGILÂNCIA

A prevenção de resposta abrange também a redução da hipervigilância. A atitude de estar permanentemente atento (viés atencional) e vigilante para indícios de sujeira e sinais de possíveis contaminantes aumenta a percepção dos referidos sinais, contribui para aumentar a intensidade dos medos de contaminação e sobretudo para perpetuá-los, pois impede a exposição espontânea não programada. O paciente deve ser orientado a se abster de vigiar onde existe sujeira, se existem manchas nas roupas, onde existem lixeiras, lixo, manchas de sangue, fezes de animais ou preservativos na rua, de revisar visualmente os copos e talheres do restaurante ou se existem lesões ou curativos nas mãos ou no rosto das pessoas, assim como de verificar nos cantos das prateleiras se existe pó doméstico.

MODELAGEM

Os exercícios de EPR podem ser demonstrados pelo próprio terapeuta no consultório ou com seu apoio, como tocar na sola do sapato, “espalhar” a contaminação e não lavar a mão depois, tocar na lixeira, pisar no carpete, tocar em dinheiro, na tampa do vaso e na torneira do banheiro. Quando é impossível o contato direto (sujeira ou poluição mental), pode ser feita a exposição na imaginação (pensamentos repugnantes ou blasfemos). Os exercícios podem, ainda, ser programados para serem reali-

zados com a assistência de um membro da família que se disponha e tenha bom relacionamento com o paciente. Essa estratégia é indispensável com crianças. Nos casos mais graves, podem ser feitos em casa, com o auxílio de um acompanhante terapêutico, ou em ambiente hospitalar.

RITUAIS “ESCONDIDOS”, NEUTRALIZAÇÕES E COMPORTAMENTOS DE SEGURANÇA

É importante o terapeuta estar atento para medidas adotadas pelo paciente que impedem a exposição ou a prevenção de rituais de forma plena, como, por exemplo, as medidas destinadas a “isolar” a contaminação. Exemplos: não encostar uma roupa “suja” em roupas “limpas”; ter uma mão “suja” ou “contaminada” para tocar nos objetos “contaminados” e a outra limpa para tocar nos objetos “limpos”; dividir a mão em metade contaminada (três primeiros dedos) e metade limpa (últimos dois dedos); considerar a palma da mão limpa (para segurar alimentos) e o dorso contaminado (para tocar no próprio corpo, abrir portas, segurar a carteira, etc.); entrar em casa com os sapatos usados na rua, mas lavar as solas antes de entrar; utilizar o cotovelo para abrir a porta de banheiro público ou a torneira; levantar a tampa do vaso com o sapato. Todas essas manobras impedem o contato direto com as mãos, neutralizam e anulam os efeitos da exposição e da prevenção de rituais.

A exposição perde parte do seu efeito se for seguida por lavagem ou por alguma outra forma de neutralização. Nessas condições, não ocorre o efeito esperado de elevação da ansiedade, ou ele é mínimo, o que impede que o processo de habituação ocorra plenamente. Uma paciente admitia passar perto de mendigos desde que, dentro de no máximo meia hora, pudesse trocar de roupa. Outra entrava em

casa com a roupa da rua desde que pudesse tomar um banho, no máximo, meia hora depois. O uso discreto e circunscrito de táticas de segurança pode ser aceito no início da terapia para facilitar a exposição e melhorar a crença de autoeficácia. Devem ser abandonadas posteriormente para possibilitar uma exposição plena. Estudos recentes questionam se a adoção de comportamentos de segurança durante a execução de EPR de fato interfere nos resultados da EPR.^{37,38}

RECOMENDAÇÕES PARA OS EXERCÍCIOS DE EPR

Os exercícios de EPR geralmente são programados em cada sessão (8 a 10 tarefas), levando em conta os locais, situações ou objetos e horários que provocam os medos de contaminação, de acordo com o mapa do TOC (Formulário 5, p. 432). Devem respeitar os graus de dificuldade e o quanto o paciente acredita ser capaz de realizar cada um dos exercícios (pelo menos 80%). De modo geral, sugere-se que os exercícios sejam graduais e que a exposição

seja variável, começando pelos que provocariam menos desconforto.³⁹

É importante que os exercícios sejam repetidos, que durem o tempo suficiente para ocorrer a habituação e que o paciente não utilize manobras encobertas para anular ou diminuir seus efeitos, como combinar consigo mesmo de lavar as mãos depois de um certo tempo ou assim que chegar a um determinado lugar.

➤ TÉCNICAS COGNITIVAS

Em casos difíceis, com sintomas graves, quando crenças muito intensas e inflexíveis ou em nível praticamente delirante são responsáveis por elevados níveis de ansiedade, comprometendo a adesão aos exercícios, o uso de técnicas cognitivas no início do tratamento pode facilitar a introdução dos exercícios de EPR. Na continuação do tratamento, elas costumam ser introduzidas depois da realização dos primeiros exercícios de EPR, possibilitando ao paciente melhor compreensão dos sintomas, redução dos níveis de ansiedade e maior adesão aos exercícios. Podem representar um importante acréscimo em pacientes introspectivos e com boa capacidade de *insight*.

EXEMPLOS DE EXPOSIÇÃO GRADUAL

- tocar com o dedo indicador na borda da lixeira durante meio minuto;
- tocar com dois dedos, durante 3 minutos;
- tocar com todos os dedos, segurando firmemente a borda, durante 5 minutos;
- colocar a mão dentro da lixeira, sem olhar o que há dentro, e tocar nos objetos ou nos papéis que lá estiverem, durante 5 minutos.

IDENTIFICAÇÃO DE PENSAMENTOS E CRENÇAS SUBJACENTES AOS SINTOMAS

O uso de técnicas cognitivas é sempre precedido pela familiarização com o modelo cognitivo (crenças e avaliações erradas contribuem para a ansiedade e para a necessidade de executar rituais/evitações) e, sobretudo, pelo treino do paciente na identificação e registro de pensamentos automáticos (PA). Na maioria dos casos, os pacientes identificam com relativa facilidade os PA e as crenças anormais subjacentes

aos medos de contaminação, às lavagens e às evitações.

O terapeuta deve estar atento para a possibilidade de, além das crenças relacionadas ao risco de contaminação, estarem presentes outras, como o excesso de responsabilidade (em contaminar os outros), a necessidade de ter certeza, o perfeccionismo, sensações do tipo *just right* e *not just right* (de que lavou direito e completamente), além da poluição mental (lavações realizadas em razão de um pensamento violento, sexual ou blasfemo repugnante) precedendo as lavações e, sobretudo, cognições que envolvem as leis do contato e da similaridade da magia simpática, comuns em pacientes com MC.

As técnicas cognitivas que podem ser utilizadas em pacientes com MC foram descritas detalhadamente no Capítulo 6.

QUESTIONANDO A INTOLERÂNCIA À INCERTEZA

A intolerância à incerteza é uma questão relevante nos MC. O paciente deve ser orientado a aceitar que não é possível se ter certeza na maioria das situações em que executa suas lavagens. O terapeuta deverá auxiliá-lo a se dar conta de que:⁴⁰

- 1 a certeza absoluta é impossível (p. ex., de que todos os germes foram removidos);
- 2 todos os seus rituais são insuficientes para conseguir o objetivo de ter certeza absoluta de que os perigos foram afastados;
- 3 as tentativas de chegar à certeza absoluta são inconsistentes e irracionais e são contraditórias com os cuidados adotados com a própria saúde e segurança.

Considerando como exemplo prático o caso de um paciente com MC que se sente responsável por provocar ou por impedir a doença ou a morte de algum familiar, o terapeuta

poderá desafiá-lo a provar que ele tem esse poder: “Você consegue me provar que tem esse poder de impedir que as pessoas adoçem? Ou é apenas um desejo de ter controle em razão dos seus medos?”.

Outra linha de questionamento é desafiá-lo a provar que os germes trazidos por ele da rua, ou que estariam nos pratos e talheres, caso não revisasse, seriam os responsáveis pelo fato de um familiar ter adoecido: “Como você pode certeza absoluta de que foram os germes que você trouxe de sua visita ao hospital (ou do cemitério) que provocaram a doença?”, “Como esses germes penetraram no corpo do seu familiar e provocaram a doença?”, “Não poderiam ser germes (p. ex., vírus da gripe) que ele próprio contraiu em um coletivo, durante uma festa ou no colégio?”. Poderá desafiá-lo a comprovar a efetividade dos rituais: “Será limpando de forma perfeita todas as superfícies e partes do corpo que você estaria completamente imune a vírus e bactérias?”.

Por fim, o terapeuta pode apontar algumas inconsistências nos cuidados que o paciente toma para prevenir desgraças. Um paciente tinha verdadeiro pânico de ir ao médico para verificar a pressão pois temia constatar que pudesse estar elevada, mas era absolutamente imprudente ao volante: fora parado várias vezes pela polícia por dirigir a mais 160km por hora. Outro costumava falar ao telefone enquanto dirigia, mas não entrava em casa com os sapatos que usava na rua.

CONSULTA A ESPECIALISTAS OU PESQUISAS POR MEIO DE LEITURAS OU NA INTERNET

O terapeuta pode propor ao paciente, caso tenha algum amigo médico ou que trabalhe na área da saúde, que o consulte sobre como se dá a transmissão do HIV, do H1N1, da hepatite, ou sobre os fatores de risco para se ter câncer, acidente vascular cerebral, etc., se é

possível contrair HIV tocando em um trinco de porta, usando banheiro público, pisando com os sapatos em mancha de sangue na rua ou cumprimentando uma pessoa que tem um curativo na mão. O paciente poderá, ainda, obter informações por meio de leituras ou em sites confiáveis da internet (de universidades, órgãos governamentais ligados à saúde, organizações de portadores de determinadas doenças) sobre como se dá a transmissão. Deve-se alertá-lo para que essas consultas não se transformem em checagens e busca de certezas. É importante, ainda, que tenha sempre em mente a questão: “O que mais protege contra doenças: fazer lavagens a todo momento ou ter contato com germes que induzem a formação dos anticorpos responsáveis pela imunidade?”. É interessante comentar o exemplo histórico de que o contato dos brancos com os indígenas dizimou populações inteiras pela varíola e outras doenças infecciosas para as quais não tinham imunidade, mas que não afetavam os europeus em razão do contato prévio com a doença.

TESTES COMPORTAMENTAIS

O simples exame de evidências não é suficiente para diminuir a intensidade da crença, particularmente quando estão envolvidos pensamentos mágicos, como a transmissão por contato e a transmissão por semelhança. Nesses casos, a crença anormal pode ser abordada por meio de experimentos comportamentais que, de forma proposital, quebram algumas das suas regras: não trocar de roupa ao chegar do hospital ou do cemitério, encostar as roupas

“sujas” nas roupas “limpas”, andar por toda a casa com os sapatos com os quais transitou em hospital ou banheiro público, abrir as janelas para ventilar a casa e observar se alguém na família adoeceu depois, por exemplo. Uma das dificuldades, mais uma vez, é quando a ameaça temida se refere a um futuro distante.

► PREVENÇÃO DE RECAÍDAS

Os MC reaparecem depois do tratamento? Como ocorre com outros sintomas do TOC os MC, as lavagens e as evitações podem ter remissão completa com a TCC. Na prática, os medos que foram efetivamente enfrentados, os rituais e as evitações que foram efetivamente abandonados tendem a desaparecer por completo, e é lícito supor que o paciente tenha boa chance de não ter recaídas. Um estudo mostrou que a remissão completa dos sintomas ao fim da terapia é um forte preditor para não ocorrerem recaídas após a alta.⁴¹ Na prática, sabe-se que é comum haver recaídas dos medos de contaminação, geralmente em menor intensidade do que os medos originais. No entanto, desconhecem-se as razões dessas recidivas e das modificações nas apresentações dos sintomas. Ou seja, muitas vezes, os MC podem nunca desaparecer por completo, e permanecer em estado de latência.³ O importante é o paciente estar atento e utilizar ferramentas que aprendeu na terapia e solicitar ajuda, se necessário. Recomenda-se, ainda, fazer algumas entrevistas de revisão durante o primeiro ano após a alta do tratamento. No Capítulo 9, são abordados esses pontos de forma mais completa.

- O medo de contaminação seguido de lavagens compulsivas está entre os sintomas mais comuns e mais conhecidos do TOC.
 - Entre as consequências mais comuns dos MC estão os rituais de limpeza/ lavagens, as evitações, o isolamento de ambientes e objetos, as neutralizações, a hipervigilância, a necessidade de garantias e a acomodação familiar.
 - Lavagens compulsivas podem estar associadas à poluição mental.
 - A sensação de nojo é muito comum em indivíduos com medo de contaminação e não é necessariamente precedida por um pensamento automático catastrófico.
 - Entre as distorções cognitivas comuns em indivíduos com medos de contaminação, as mais notáveis são exagerar o perigo, além de acreditar na transmissão por contato e por semelhança. Também são comuns outras crenças disfuncionais, como o excesso de responsabilidade, o perfeccionismo, a necessidade de ter certeza e sensações do tipo *just right* e *not just right*.
 - A repetição dos rituais de limpeza pode estar associada a dificuldades em tomar a decisão de interrompê-las.
 - A psicoeducação seguida de técnicas comportamentais de exposição e prevenção de resposta assim como estratégias para reduzir a vigilância, são altamente efetivas no tratamento dos medos de contaminação e de lavagens compulsivas em pacientes com sintomas leves ou moderados, sem comorbidades associadas, com bom *insight* e que aderem de modo precoce aos exercícios.
 - Em pacientes com pouca motivação, ausência de *insight*, crenças supervalorizadas ou muito rígidas, com dificuldades de adesão aos exercícios, o acréscimo de técnicas cognitivas, como a identificação e o registro de pensamentos automáticos disfuncionais, o questionamento socrático, o teste das duas alternativas, a consulta a especialistas, os experimentos comportamentais e o exame das condições necessárias, auxilia a reduzir a intensidade dos medos, facilitando a adesão aos exercícios de exposição e prevenção de resposta.
 - Quando os sintomas são muito graves, existem depressão ou outros transtornos de ansiedade associados, dificuldades de adesão aos exercícios por intolerância ao aumento da ansiedade, recomenda-se a associação de medicamentos antiobsessivos.

► REFERÊNCIAS

1. Rasmussen SA, Eisen JL. The epidemiology and clinical features of obsessive compulsive disorder. *Psychiatr Clin North Am.* 1992;15(4):743-58.
2. Herba JK, Rachman S. Vulnerability to mental contamination. *Behav Res Ther.* 2007;45(11):2804-12.
3. Rachman S. Fear of contamination. *Behav Res Ther.* 2004;42(11):1227-55.
4. Moritz S, Pohl RF. Biased processing of threat-related information rather than knowledge deficits contributes to overestimation of threat in obsessive-compulsive disorder. *Behav Modif.* 2009;33(6):763-77.
5. Demet MM, Deveci A, Taskin EO, Ermertcan AT, Yurtsever F, Deniz F, et al. Obsessive-compulsive disorder in a dermatology outpatient clinic. *Gen Hosp Psychiatry.* 2005;27(6):426-30.
6. Fairbrother N, Rachman S. Feelings of mental pollution subsequent to sexual assault. *Behav Res Ther.* 2004;42(2):173-90.
7. Coughtrey AE, Shafran R, Lee M, Rachman SJ. It's the feeling inside my head: a qualitative analysis of mental contamination in obsessive-compulsive disorder. *Behav Cogn Psychother.* 2012;40(2):163-73.
8. Olatunji BO, Sawchuk CN, Lohr JM, de Jong PJ. Disgust domains in the prediction of contamination fear. *Behav Res Ther.* 2004;42(1):93-104.
9. Deacon B, Olatunji BO. Specificity of disgust sensitivity in the prediction of behavioral avoidance in contamination fear. *Behav Res Ther.* 2007;45(9):2110-20.
10. McKay D. Treating disgust reactions in contamination-based obsessive-compulsive disorder. *J Behav Ther Exp Psychiatry.* 2007;37:53-9.
11. Brady RE, Adams TG, Lohr JM. Disgust in contamination-based obsessive-compulsive disorder: a review and model. *Expert Rev Neurother.* 2010;10(8):1295-305.
12. Thorpe SJ, Barnett J, Friend K, Nottingham K. The mediating roles of disgust sensitivity and danger expectancy in relation to hand washing behaviour. *Behav Cogn Psychother.* 2011;39(2):175-90.
13. Tolin DF, Woods CM, Abramowitz JS. Relationship between obsessive beliefs and obsessive-compulsive symptoms. *Cogn Ther Res.* 2003;27:657-69.
14. Tolin DF, Brady RE, Hannan S. Obsessional beliefs and symptoms of obsessive-compulsive disorder in a clinical sample. *J Psychopathol Behav.* 2008;30:31-42.
15. Myers SG, Fisher PL, Wells A. Belief domains of the Obsessive Beliefs Questionnaire-44 (OBQ-44) and their specific relationship with obsessive-compulsive symptoms. *J Anxiety Disord.* 2008;22:475-84.
16. Tolin DF, Worhunsky P, Maltby N. Sympathetic magic in contamination-related OCD. *J Behav Ther Exp Psychiatry.* 2004;35:193-205.
17. Wahl K, Salkovskis PM, Cotter I. 'I wash until it feels right' the phenomenology of stopping criteria in obsessive-compulsive washing. *J Anxiety Disord.* 2008;22(2):143-61.
18. Hinds AL, Woody EZ, Van Ameringen M, Schmidt LA, Szechtman H. When too much is not enough: obsessive-compulsive disorder as a pathology of stopping, rather than starting. *PLoS One.* 2012;7(1):e30586.
19. Szechtman H, Woody E. Obsessive-compulsive disorder as a disturbance of security motivation. *Psychol Rev.* 2004;111(1):111-27.
20. Cougle JR, Goetz AR, Fitch KE, Hawkins KA. Termination of washing compulsions: a problem of internal reference criteria or 'not just right' experience? *J Anxiety Disord.* 2011;25(6):801-5.
21. Tata PR, Leibowitz JA, Prunty MJ, Cameron M, Pickering AD. Attentional bias in obsessional compulsive disorder. *Behav Res Ther.* 1996;34(1):53-60.
22. Radomsky AS, Rachman S. Memory bias in obsessive-compulsive disorder (OCD). *Behav Res Ther.* 1999;37(7):605-18.
23. Armstrong T, Olatunji BO. Orienting and maintenance of gaze in contamination fear: Biases for disgust and fear cues. *Behav Res Ther.* 2010;48:402-8.
24. Cisler JM, Olatunji BO. Components of attentional biases in contamination fear: evidence for difficulty in disengagement. *Behav Res Ther.* 2010;48(1):74-8.
25. Najmi S, Amir N. The effect of attention training on a behavioral test of contamination fears in individuals with subclinical obsessive-compulsive symptoms. *J Abnorm Psychol.* 2010;119(1):136-42.
26. Najmi S, Hindash AC, Amir N. Executive control of attention in individuals with contamination-related obsessive-compulsive symptoms. *Depress Anxiety.* 2010;27(9):807-12.
27. Ceschi G, Van der Linden M, Dunker D, Perroud A, Brédart S. Further exploration memory bias in compulsive washers. *Behav Res Ther.* 2003;41(6):737-48.
28. Rachman S. The conditioning theory of fear acquisition: a critical examination. *Behav Res Ther.* 1977;15:375-87.
29. Poulton R, Menzies RG. Non-associative fear acquisition: a review of the evidence from retrospective and longitudinal research. *Behav Res Ther.* 2002;40(2):127-49.
30. Mataix-Cols D, Wooderson S, Lawrence N, Brammer MJ, Speckens A, Phillips ML. Distinct neural correlates of washing, checking, and hoarding symptom dimensions in obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry.* 2004;61(6):564-76.
31. van den Heuvel OA, Veltman DJ, Groenewegen HJ, Dolan RJ, Cath DC, Boellaard R, et al. Amygdala activity in obsessive-

- compulsive disorder with contamination fear: a study with oxygen-15 water positron emission tomography. *Psychiatry Res.* 2004;132(3):225-37.
32. Phillips ML, Marks IM, Senior C, Lythgoe D, O'Dwyer A-M, Meehan O, et al. A differential neural response in obsessive-compulsive disorder patients with washing compared with checking symptoms to disgust. *Psychol Med.* 2000;30:1037-50.
33. Shapira NA, Liu Y, He AG, Bradley MM, Lessig MC, James GA, et al. Brain activation by disgust-inducing pictures in obsessive-compulsive disorder. *Biological Psychiatry.* 2003;54:751-6.
34. Stein DJ, Arya M, Pietrini P, Rapoport JL, Swedo SE. Neurocircuitry of disgust and anxiety in obsessive-compulsive disorder: a positron emission tomography study. *Metab Brain Dis.* 2006;21(2-3):267-77.
35. Shetti CN, Reddy YC, Kandavel T, Kashyap K, Singisetti S, Hiremath AS, et al. Clinical predictors of drug nonresponse in obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry.* 2005;66(12):1517-23.
36. Olatunji BO, Wolitzky-Taylor KB, Willems J, Lohr JM, Armstrong T. Differential habituation of fear and disgust during repeated exposure to threat-relevant stimuli in contamination-based OCD: an analogue study. *J Anxiety Disord.* 2009;23(1):118-23.
37. Rachman S, Shafran R, Radomsky AS, Zysk E. Reducing contamination by exposure plus safety behaviour. *J Behav Ther Exp Psychiatry.* 2011;42(3):397-404.
38. van den Hout MA, Engelhard IM, Toffolo MB, van Uijen SL. Exposure plus response prevention versus exposure plus safety behaviours in reducing feelings of contamination, fear, danger and disgust. An extended replication of Rachman, Shafran, Radomsky & Zysk. *J Behav Ther Exp Psychiatry.* 2011;42(3):364-70.
39. Kircanski K, Mortazavi A, Castriotta N, Baker AS, Mystkowski JL, Yi R, et al. Challenges to the traditional exposure paradigm: variability in exposure therapy for contamination fears. *J Behav Ther Exp Psychiatry.* 2012;43(2):745-51.
40. Grayson JB. OCD and intolerance of uncertainty: treatment issues. *J Cogn Psychotherapy.* 2010;24(1):3-15.
41. Braga DT, Cordioli AV, Niederauer K, Manfro GG. Cognitive-behavioral group therapy for obsessive-compulsive disorder: a 1-year follow-up. *Acta Psychiatr Scand.* 2005;112(3):180-6.

11

ARISTIDES VOLPATO CORDIOLI

Dúvidas obsessivas e verificações compulsivas

OBJETIVOS

- Identificar as dúvidas obsessivas e suas consequências em pacientes com transtorno obsessivo-compulsivo (TOC).
- Reconhecer as diferentes formas como as dúvidas obsessivas e as verificações se manifestam na prática clínica.
- Conhecer as principais crenças disfuncionais associadas.
- Conhecer o papel da memória e da metamemória das verificações compulsivas.
- Conhecer o modelo cognitivo-comportamental das obsessões de dúvidas e das verificações compulsivas.
- Conhecer os princípios e as técnicas cognitivo-comportamentais utilizados no tratamento das dúvidas obsessivas e verificações compulsivas.

Dúvidas persistentes, acompanhadas de ansiedade, medo e de verificações ou checagens repetidas são muito comuns no TOC. As dúvidas obsessivas estão relacionadas à possibilidade de o indivíduo ter cometido ou vir a cometer uma falha que possa ter consequências desastrosas, como ter-se contaminado com uma doença, a casa incendiar, ser demitido do emprego ou o carro ser roubado, e com a necessidade de ter certeza de que tal fato não aconteceu e nem irá acontecer. As verificações são realizadas para afastar tais dúvidas, mas o alívio obtido, em geral, é de curta duração; a incerteza retorna, muitas vezes, imediatamente depois, compelindo-o a repetir as compulsões.

As verificações mais comuns e mais fáceis de serem percebidas são aquelas caracterizadas por atos físicos observáveis, como verificar várias vezes a porta, as janelas, a geladeira, as torneiras, os eletrodomésticos, o fogão ou o gás, extratos bancários ou a lista do supermercado. É comum, ainda, a necessidade de dar a volta várias vezes na quadra ou de olhar no espelho retrovisor do carro, para se certificar de que não atropelou um pedestre ou um animal. Alguns pacientes chegam até a filmar todo o trajeto e rever a filmagem em casa, cena por cena, para ter essa certeza. Uma paciente

não conseguia conciliar o sono, pois fora assaltada pela dúvida se desligara ou não a cafeteira elétrica em seu escritório. Só se acalmou e conseguiu dormir depois que foi ao local, no meio da madrugada, e constatou que estava de fato desligada. Outros, na ida para o trabalho, são compelidos a voltar no meio do caminho para se certificar de que a porta de casa de fato ficou bem fechada. Perguntas repetidas e insistentes para confirmar que não houve uma determinada falha ou de que foi feita a coisa certa (p. ex., para ter certeza de que as mãos foram bem lavadas) não deixam de ser checagens compulsivas.

Em geral, as garantias oferecidas quase de imediato se tornam inúteis, e a repetição, às vezes, “interminável” das perguntas acaba criando atritos e enervando os familiares. Uma forma menos visível de checagens são as verificações mentais. São tentativas, geralmente, silenciosas, ocultas, de reconstituir na memória cenas, eventos ou diálogos passados. Esses são alguns exemplos de verificações ou checagens compulsivas muito comuns. Os pacientes que apresentam esses comportamentos também são conhecidos como “verificadores” ou “chequadores”.

Em verificadores compulsivos, alguns aspectos cognitivos são notáveis, como a intolerância à incerteza, a responsabilidade excessiva, o perfeccionismo, os quais se expressam sob a forma de pensamentos negativos envolvendo riscos e falhas. As consequências imaginadas de uma falha (ação) ou de ter-se omitido (omissão) podem ser de ordem física (incendiaria, alagar, contrair uma doença, morrer) ou moral (culpa por não ter conseguido prevenir) e, em geral, são muito exageradas. A necessidade de ter certeza é agravada ainda mais pela falta de confiança na memória, e as verificações são tentativas de colocar as coisas no seu lugar ao eliminar a incerteza e evitar situações ambíguas. No entanto, mesmo depois de realizadas as verificações, o alívio obtido é de curta

duração, a dúvida e a ansiedade retornam, e o indivíduo é compelido a executá-las novamente, em um círculo que muitas vezes parece interminável.¹ Esses novos *insights* sobre tais sintomas têm permitido, na prática, oferecer alternativas eficazes de tratamento.

Dúvida patológica e checagens estão entre os sintomas mais comuns do TOC. Em um estudo com mais de 500 indivíduos com TOC, as checagens foram as compulsões mais frequentes e estavam presentes em 62% deles, e a dúvida patológica foi observada em 42%.² Análises fatoriais têm associado as checagens às obsessões de conteúdo agressivo, sexual inaceitável ou somático e sugerido que constituem uma dimensão distinta das demais dimensões do transtorno.^{3,4} Entretanto, na prática clínica, observa-se que dúvidas e verificações são também muito comuns em outras dimensões do TOC, como contaminação/lavagens, alinhamento/simetria e obsessões indesejáveis de conteúdo violento ou sexual. Aparentemente, estão associadas à maioria dos sintomas obsessivo-compulsivos (OC), justificando que o TOC tenha sido conhecido no passado como a doença ou a loucura da dúvida, *la folie du doute*, expressão em francês que destacava a dúvida patológica como uma de suas características mais marcantes.

Neste capítulo, serão descritos as dúvidas obsessivas e as verificações em indivíduos com TOC, os modelos etiológicos propostos, em particular o modelo cognitivo-comportamental, bem como a terapia cognitivo-comportamental (TCC) para esses sintomas.

► DÚVIDAS OBSESSIVAS E COMPULSÕES DE VERIFICAÇÃO: FENOMENOLOGIA

DÚVIDAS OBSESSIVAS

As dúvidas obsessivas são pensamentos repetitivos, persistentes, associados a medo e an-

siedade e a um sentimento de urgência por parte do indivíduo em fazer algo – as verificações compulsivas ou simplesmente checagens, para ter certeza de que a ameaça foi afastada, nunca existiu ou deixou de existir. A certeza, geralmente, é de curta duração e nem sempre possível, sobretudo em relação a acontecimentos vagos ou em um futuro distante. As dúvidas obsessivas associam-se a várias outras dimensões de sintomas OC. Temas comuns são as dúvidas relacionadas a possíveis falhas (“Será que desliguei o fogão?”), a pensamentos de conteúdo repugnante (“Quem irá segurar na alça do meu caixão?”), a pensamentos de conteúdo agressivo (“Será que tem alguém sendo arrastado no para-choque do carro?”), em relação à orientação sexual (“Sou ou não sou homossexual?”), a escrúpulos (“Será que confessei todos os meus pecados? Como posso comungar se não tenho certeza?”), à possibilidade de ter-se contaminado ou de ter contaminado outras pessoas (“Será que contraí HIV quando beijei aquela garota?”), à exatidão e ao perfeccionismo (“Será que essa roupa combina bem com esses sapatos?”), questões consideradas de grande importância ou significado para o indivíduo.

DÚVIDAS OBSESSIVAS E OUTROS TRANSTORNOS MENTAIS

Dúvidas obsessivas, necessidade de ter certeza, seguidas de verificações repetidas, não são exclusivas do TOC e ocorrem em outros transtornos mentais. Elas são comuns na depressão, em que os temas em geral são a culpa, a rejeição social, a desvalia e o desamparo. Em pessoas deprimidas, elas se expressam sob a forma de preocupações em não ser amadas, de ser rejeitadas pelos outros ou, ainda, de não ser competentes e merecedoras de qualquer atenção. Como forma de diminuir tais dúvidas, é comum a necessidade de confirmar repetidamente e de obter garantias de que são ama-

das, de que não serão abandonadas ou rejeitadas ou de que são pessoas dignas. O foco é, portanto, a rejeição social. O paradoxal é que esses comportamentos irritam os demais, aumentam as chances de rejeição e, consequentemente, de reforçar as cognições negativas.

Dúvidas e intolerância à incerteza são muito comuns no transtorno de ansiedade generalizada (TAG) (dúvidas relacionadas a acidentes envolvendo pessoas da família seguidas de verificações), na hipocondria (ter ou não uma doença grave e necessidade de realizar exames, testes ou consultas médicas para confirmar), no transtorno de pânico (medo de estar tendo ou não um ataque cardíaco ou problema cerebral e necessidade de ter garantias de que a ameaça não existe), no transtorno dismórfico corporal (de ter ou não um defeito físico), nos transtornos alimentares (ter ganhado ou não peso, verificar as calorias dos alimentos) e no transtorno da personalidade obsessivo-compulsiva (TPOC) (preocupações com exatidão, falhas e controle), entre outros.

VERIFICAÇÕES OU CHECAGENS

As compulsões de verificação ou checagens são atos físicos ou mentais repetitivos executados com a finalidade de prevenir desgraças e, em especial, de proteger a si mesmo ou outras pessoas de possíveis danos. Sua finalidade mais imediata é o alívio da ansiedade, da culpa, das dúvidas e da incerteza sobre possíveis falhas ou eventuais riscos. Elas são um exemplo de comportamento preventivo.¹ Podem assumir diversas formas, mais explícitas ou mais dissimuladas. Entre as mais comuns, está a verificação por meio de atos físicos repetidos, explícitos e observáveis, como manipular um objeto para determinar sua segurança (p. ex., ligar e desligar o fogão, abrir e fechar a torneira com força, girar repetidas vezes a chave da porta), reler notícias no jornal para ter certeza de que leu tudo (ou por completo), ver novamen-

te um filme para ter certeza de que não esqueceu algum diálogo ou alguma cena ou, ainda, verificar inúmeras vezes e de forma minuciosa as gavetas e prateleiras do quarto antes de sair do hotel (para ter certeza de que não esqueceu nada). As características principais dessas checagens são o fato de serem precedidas por dúvidas obsessivas, acompanhadas de grande ansiedade e aflição, serem repetitivas, e o fato de o alívio que produzem, em geral, ser de curta duração.

Tradicionalmente, pesquisadores e clínicos deram atenção para as verificações motoras e explícitas. No entanto, em época mais recente, diversas outras formas de verificação menos explícitas têm chamado a atenção, como as checagens visuais, as mentais e as perguntas repetidas. Exemplos de checagens visuais: olhar fixamente para objetos (às vezes por minutos), documentos, assinaturas, extratos bancários; reler parágrafos ou páginas do jornal; marcar textos no computador ou dobrar as páginas lidas de um livro para ter certeza de que foram lidas; retornar a um determinado lugar para ter certeza de que leu de forma correta um anúncio luminoso; descer do carro e olhar se não existem manchas de sangue ou algum amassado no para-choque; revisar uma peça da casa para se certificar de que um objeto está onde gostaria que estivesse.

VERIFICAÇÕES ENCOBERTAS E VERIFICAÇÕES MENTAIS

Algumas verificações podem ser mais difíceis de serem percebidas pelas outras pessoas por serem sutis ou eventualmente dissimuladas, como olhar discretamente, passar a mão, ou ainda encobertas e inacessíveis a um observador, como as checagens mentais: repassar mentalmente diálogos ou cenas, reconstituir de memória e em minúcias acontecimentos ou sequência de fatos para ter certeza de que não cometeu uma falha, revisar e/ou avaliar a

memória de uma checagem anterior para se certificar de que foi executada de forma correta ou para determinar se satisfez um padrão desejado. Uma mãe necessitava reconstituir minuto a minuto o passeio que realizara no *shopping* com o filho de 4 anos para ter certeza de que em nenhum momento se distraíra ou fora descuidada. Um paciente repassava mentalmente o trajeto que realizara de carro para ter certeza de que não atropelara ninguém. Outro filmava o trajeto e revia as gravações. Outro, ainda, exigia atendimento na sexta-feira com o objetivo de repassar com o terapeuta os detalhes da semana e verificar se cometera ou não falhas. Essa reconstituição, da mesma forma que as verificações físicas, é realizada com o propósito de ter certeza de que um ato não foi cometido ou de que não houve uma falha, risco ou omissão em prevenir eventos catastróficos: “Será que me contaminei ou não com HIV quando cumprimentei aquela pessoa que tinha um curativo na mão, ou quando rompeu o preservativo ao transar com uma garota de programa?”, “Será que a pessoa entendeu mal aquele meu comentário?”. As dúvidas induzem o indivíduo a repassar, muitas vezes interminavelmente, argumentos ou evidências no intuito de eliminá-las e dão margem ao fenômeno também conhecido como “ruminação obsessiva”. Na atual compreensão dos fenômenos OC, esses comportamentos devem ser considerados uma variante das verificações físicas, pois são realizados com a mesma finalidade: reduzir a ansiedade decorrente da incerteza.^{1,5} Devem, portanto, da mesma forma, ser inclusos na lista dos exercícios da TCC.

BUSCAR GARANTIAS (REASSEGURAR-SE), REPETIR PERGUNTAS

Uma manifestação que, muitas vezes, aborrece os familiares é a necessidade de repetir perguntas ou querer garantias. Ela é comum em

vários transtornos, como no TAG, na hipocondria, na depressão e também no TOC. Em pacientes deprimidos, conforme apontado, está associada a sentimentos de culpa, temor de desamparo e de rejeição social, enquanto no TOC está mais associada à percepção de ameaças, à avaliação distorcida (excesso) do risco e da responsabilidade e à preocupação em afastá-las.^{5,8} No TOC, muitas vezes, as perguntas são repetidas inúmeras vezes pelo paciente, mesmo que já tenha recebido a informação. A literatura, de modo geral, equipara esses comportamentos a compulsões e a atos de neutralização em razão de serem atos repetidos executados com a mesma finalidade.⁹ Rachman¹ considera a busca excessiva de garantias, a necessidade de se reassegurar repetidamente, uma variante das verificações compulsivas. Seu objetivo seria o mesmo: reduzir a ansiedade por meio de busca de certeza ou de garantias de que a ameaça não existe ou foi removida, de que algo foi feito de fato para afastá-la ou, ainda, para confirmar que uma falha não foi ou não será cometida. As garantias solicitadas podem ser de que um ritual foi bem executado (banho, lavar as mãos), para ter certeza sobre o horário de um compromisso, de que as roupas estão bem combinadas, de que a compra foi bem feita ou de que de fato executou uma determinada tarefa, o que muitas vezes parece bizarro, pois as perguntas são absolutamente óbvias: “Garante que eu lavei as mãos?” perguntava uma paciente mostrando as mãos molhadas para o familiar.

As checagens, em geral, estão relacionadas ao excesso de responsabilidade, e uma forma de diminuí-la é compartilhá-la com as demais pessoas: “Você me viu desligar a luz? Tem certeza?”, “Você me viu trancar a porta?”, “Garante que fulano não ficou bravo comigo?”. Podem também ser decorrentes de preocupações relacionadas a higiene ou limpeza – “Esta toalha foi lavada?” ou “Você lavou as mãos antes de preparar o jantar?” –, estar relacio-

nadas a pensamentos de conteúdo agressivo – “Tem certeza de que eu não atropelei alguém?” – ou ter relação às habilidades e à competência pessoal – “Você me garante que eu não fiz a escolha errada?” ou “você me garante que o meu trabalho está bom?”.⁹ As garantias, em geral, de nada adiantam, além de impedirem a exposição e a desconfirmação dos temores. A diminuição da ansiedade com as confirmações é de curta duração. Passado algum tempo, eventualmente minutos, as dúvidas retornam. Um paciente estava receoso de comparecer ao casamento de sua sobrinha, pois lhe ocorria o pensamento de dar um soco no rosto do noivo no momento de cumprimentá-lo. Solicitava ao terapeuta, várias vezes ao dia por telefone, garantias de que não daria o soco. Embora dessem algum alívio, de nada adiantaram, pois terminou não comparecendo.

O terapeuta deve ter muito cuidado nas sessões quando essa sintomatologia está presente, pois os pacientes, com muita facilidade, e alguns com muita habilidade, fazem perguntas inúteis e repetidas cuja resposta eles já conhecem; sem perceber, o terapeuta pode reassegurá-los e realimentar o TOC. Por exemplo, um paciente com medo de contrair HIV pressenciou um amigo se cortar e precisou repassar a cena em detalhes mentalmente: “Ele se cortou, mas não escorreu sangue em grande quantidade; eu não estava machucado, e é necessário que pelo menos 1 mm^3 de sangue vivo contaminado penetre em minha corrente sanguínea; só assim me contaminarei”. Repassou a cena e esse diálogo interno inúmeras vezes durante a semana para reassegurar-se (ter certeza) de que não estaria contaminado. Marcou a data do acontecido, para 3 meses depois fazer o exame de HIV. Na consulta, relata a cena em detalhes para o terapeuta e quer garantias de que não está contaminado. Se o terapeuta atender a solicitação dando garantias de que o paciente não está contaminado, as dúvidas voltam de qualquer forma, e ele se-

uirá tentando ter certeza por meio das verificações mentais.

OLHAR FIXAMENTE, ENCARAR

Pacientes com TOC com frequência apresentam um comportamento bastante comum (e aparentemente estranho) de olhar fixamente ou de permanecer um bom tempo, às vezes durante minutos, encarando um objeto que provoca ansiedade. Acredita-se que seja uma forma de ter certeza de que não cometeu uma falha ou de que a checagem foi bem feita. Um paciente permanecia alguns minutos olhando fixamente para a caixa de correspondência para ter certeza de que a esvaziara completamente, ou então olhando para o chão para se certificar de que não caíra nenhuma correspondência. Assinatura de documentos, de cheques, carimbos de caixas de banco, botões do fogão ou a lingueta da porta podem ser encarados demoradamente como forma de ter certeza de que não houve qualquer erro e foi feita a coisa certa. Van den Hout e colaboradores¹⁰ demonstraram que olhar fixamente para um mesmo objeto que provoca ansiedade, em vez de dar maiores garantias, e aumenta a incerteza perceptual de forma semelhante à perda de confiança na memória, causada pelas verificações repetidas.

LENTIDÃO OBSESSIVA, INDECISÃO

Decisões que para as pessoas normais requerem pouco esforço consciente, para os indivíduos com TOC e com dúvidas obsessivas, podem ser difíceis, como decidir o momento de interromper a lavagem das mãos (pela dúvida sobre se estão bem lavadas ou não) ou o banho (pela necessidade de ter certeza de que todas as partes do corpo foram lavadas e de que a lavagem de todas elas foi, de fato, bem feita); decidir se a porta está bem fechada; se a torneira, o gás e o fogão estão, de fato, desli-

gados ou, ainda, escolher o que levar na mala ao fazer uma viagem ou ao sair de férias. Nessas situações, são comuns pesquisas e consultas intermináveis com amigos, e o adiamento de decisões enquanto não tiver certeza, por exemplo, de que está fazendo o melhor negócio possível. Uma paciente não conseguia decidir sobre a compra de uma roupa porque ficava sempre na dúvida quanto à qualidade e ao preço do produto. Fazia inúmeras pesquisas e adiava indefinidamente suas decisões. Mesmo depois de realizada a compra, continuava investigando os preços, para confirmar se havia ou não feito o melhor negócio. Outra paciente era incapaz de fazer compras sozinha e obrigava-se a levar a mãe ou a irmã, que eram as pessoas que finalmente decidiam e, por conseguinte, arcavam com a responsabilidade da decisão (e de possíveis erros).

Pensamentos intrusivos disfuncionais envolvendo risco (e responsabilidade) de falhar, necessidade de ter certeza, bem como a ansiedade associada a eles acabam interferindo no processo de tomada de decisão. Os indivíduos com TOC tendem a repetir uma ação até que se sintam seguros. Em última instância, usam critérios subjetivos (sentirem-se bem ou confortáveis) para decidir interromper uma ação ou para tomar uma decisão, e não uma evidência lógica (ter verificado com cuidado que a porta estava fechada ou ter conferido o extrato bancário com o talão de cheques). O resultado final é a extraordinária demora (lentidão obsessiva) na realização das tarefas mais comuns.

➤ VERIFICAÇÕES E DIMENSÕES DO TOC

Conforme apontado, as dúvidas e as verificações estão associadas a vários tipos de sintomas OC. É muito comum a associação a pensamentos de conteúdo violento/agressivo ou

sexual inaceitáveis.^{3,4} Uma professora levava todos os cadernos dos alunos para casa para verificar página por página se não assinara o próprio nome ou escrevera algo impróprio. Também verificava as fezes para ver se não engolira agulhas ou clipe metálicos. Um funcionário público revisava inúmeras vezes os ofícios e *e-mails* que escrevera para se certificar de que não inserira nenhuma palavra inconveniente ou ofensiva ao chefe.

Dúvidas e verificações são muito comuns em pacientes com obsessões de contaminação e rituais de limpeza associados à necessidade de que a sujeira ou os germes tenham sido inteiramente removidos e à hipervigilância sobre os locais, os objetos ou pessoas que representam ameaças de contaminação e ativam seus medos. São exemplos dessa associação verificar a presença de manchas na roupa depois que elas voltam da lavanderia, examinar minuciosamente os lençóis e as toalhas do hotel, manchas nas paredes de banheiros públicos, buscar impressões digitais nos móveis e vidros da casa, revisar os pratos, copos e talheres do restaurante antes de se servir, passar os dedos no canto das prateleiras para se certificar de que a limpeza da casa foi de fato bem feita e todo o pó foi removido.

Dúvidas sobre a possibilidade de ser ou não, ou, de vir a se tornar homossexual ocorrem em 8% dos indivíduos com TOC e, em 11,9% deles, ao longo de toda a vida.¹¹ A presença dessas dúvidas é interpretada equivocadamente como um indicativo de uma possível homossexualidade latente, que embora não se tenha manifestado até o presente, poderá eclodir a qualquer momento no futuro. Tal possibilidade é encarada como um desastre pessoal e como uma grande decepção para a família. Com a finalidade de eliminar as dúvidas, os pacientes necessitam reassegurar-se constantemente e obter garantias por meio de “testes”, muitas vezes exaustivos, como tocarse, masturbar-se de forma compulsiva imagi-

nando cenas de conteúdo homossexual ou evitar o contato com imagens, filmes, objetos ou pessoas ou, ainda, frequentar lugares que provoquem tais obsessões. O mais comum é os testes, na maioria das vezes, não serem convincentes, a certeza não ser obtida ou durar muito pouco, e as dúvidas e a ansiedade se tornarem ainda maiores. Esse tipo de obsessão será abordado com mais profundidade no Capítulo 12.

Pacientes com acumulação compulsiva mantêm uma vigilância estreita sobre os objetos que guardam e com frequência revisam para mantê-los sob controle. Da mesma forma, pacientes com compulsões por alinhamento ou simetria necessitam verificar se os objetos estão no seu devido lugar e controlá-los com muita frequência. Nesses casos, as checagens são predominantemente visuais. Em resumo, dúvidas e verificações estão associadas a quase todas as dimensões do TOC.

➤ CRENÇAS DISFUNCIONAIS ASSOCIADAS A DÚVIDAS OBSESSIVAS E VERIFICAÇÕES

As contribuições do modelo cognitivo foram particularmente relevantes para a compreensão das dúvidas obsessivas e das verificações compulsivas. Crenças disfuncionais como excesso de responsabilidade e intolerância à incerteza têm sido apontadas como fatores que poderiam contribuir para o surgimento e a manutenção das dúvidas obsessivas e para a necessidade de fazer verificações no TOC. De forma menos consistente, têm sido apontados outros fatores, como falta de confiança na memória, déficits em funções executivas, como a memória de trabalho e a dificuldade de tomar decisões, e, ainda, falhas no raciocínio indutivo. Embora existam alguns estudos, ainda não foi estabelecido um padrão genético e neurofisiológico para esse grupo de sintomas.

EXCESSO DE RESPONSABILIDADE

Paul Salkovskis^{7,8,12,13} e Rhéaume e colaboradores¹⁴ propuseram que a forma como os indivíduos com TOC reagem aos estímulos seja decorrente de crenças exageradas a respeito de sua responsabilidade pessoal em prevenir danos para si mesmos e para outras pessoas. Esses autores também consideravam a avaliação excessiva da responsabilidade o problema central do transtorno e dos verificadores em especial.

Excesso de responsabilidade refere-se à crença da pessoa de ter um poder que é decisivo para provocar ou para impedir que desastres ou fatos negativos aconteçam em consequência de erros, desatenções, esquecimentos ou falhas morais, mesmo que involuntários. Esses prejuízos podem ser reais, isto é, ter consequências no mundo real (doenças, acidentes, desastres ou danos físicos), e/ou morais. A pessoa acredita, ainda, que qualquer influência que possa exercer sobre um acontecimento equivalha a ter responsabilidade total sobre ele.^{6,14}

A teoria de que o excesso de responsabilidade, além de um problema mais geral do TOC, seja um problema comum em verificadores tem recebido apoio das pesquisas empíricas.¹⁵⁻¹⁷ Por exemplo, Lopatka e Rachman¹⁵ manipularam as crenças sobre responsabilidade em indivíduos com TOC em diferentes situações e verificaram que aqueles que se sentiam responsáveis tinham mais impulsos para verificar do que aqueles que não se sentiam responsáveis. Outro estudo verificou aumento do impulso de fazer checagens e de buscar garantias em condições que sugeriam altos níveis de responsabilidade.⁹ Parece, no entanto, que o excesso de responsabilidade é um problema mais geral do TOC, e não apenas de checadores.¹⁸

INTOLERÂNCIA À INCERTEZA

Um segundo grupo de crenças que impele o indivíduo com TOC a realizar verificações repetidas é a intolerância à incerteza, que se refere

à experiência da dúvida e da indecisão como condições adversas. Refere-se, ainda, à maneira como um indivíduo percebe a informação em situações ambíguas e de incerteza e responde a essas informações com reações cognitivas, emocionais e comportamentais negativas.^{19,20} Designa, portanto, a dificuldade de certos indivíduos de tolerar a possibilidade de que eventos negativos possam ocorrer no futuro, independentemente de quão pequena seja a probabilidade, e a crença de que, se não tiverem absoluta segurança, irão cometer erros inevitáveis.^{6,21} Esses indivíduos têm uma crença aumentada de vulnerabilidade, pois acreditam que não têm habilidades suficientes para lidar com ameaças ou manter o controle emocional em situações de risco, para lidar com afetos intensos em situações inevitavelmente ambíguas, para lidar com novidades ou com mudanças imprevisíveis e para aceitar que, muitas vezes, é impossível se ter certeza. A intolerância à incerteza manifesta-se por tentativas comportamentais de controlar o futuro, inibição de ações que envolvam incerteza e sob a forma de interpretações cognitivas negativas, como “ter incerteza significa cometer erros e ser uma má pessoa”, e reações emocionais, como frustração e angústia.

De modo geral, as pesquisas mostram associação entre verificações compulsivas e intolerância à incerteza. Pacientes com TOC e com compulsões de verificação apresentaram níveis mais elevados de intolerância à incerteza do que não checadores e controles não ansiosos.²² A hipótese é de que em verificadores compulsivos a dúvida e a incerteza são eventos mentais particularmente aversivos e menos toleráveis e que devem, portanto, ser evitados ou afastados. Foi proposto, ainda, que as percepções de excesso, responsabilidade e as verificações seriam mediadas pela intolerância à incerteza.²²

A intolerância à incerteza não é uma exclusividade dos verificadores compulsivos. É co-

num em várias outras condições psiquiátricas associadas a dúvidas, indecisão, protelações e busca de garantias, como no TAG, no TPOC, no transtorno da personalidade dependente, na hipocondria, na ansiedade social e na depressão.^{6,19,23}

► O MODELO COGNITIVO DAS VERIFICAÇÕES COMPULSIVAS

Rachman¹ propôs um modelo cognitivo para as compulsões, que depois foi ampliado por outros autores. De acordo com esse autor, as pessoas seriam propensas a realizar verificações nas situações nas quais acreditam ter uma grande e especial responsabilidade em prevenir danos graves em relação a si mesmas e principalmente em relação aos outros e em situações nas quais não é possível se ter total certeza de que a ameaça tenha sido efetivamente eliminada. Obter essa certeza em geral seria impossível, sobretudo em relação a eventos futuros vagos. As checagens continuariam graças a um mecanismo de autoperpetuação, segundo o qual o indivíduo verifica para ter mais certeza; como via de regra ela é impossível de ser obtida, a necessidade de realizar as compulsões se mantém. Rachman propôs, ainda, que a repetição das checagens causaria confusão ou “borramento” da memória. Com as repetições, a confiança das pessoas em sua memória diminuiria, tornando mais difícil ter certeza.¹ É provável que a preocupação exacerbada em não falhar e o grau de ansiedade no momento da realização da checagem prejudiquem a atenção e a concentração, contribuam para o “borramento” da memória, dificultem a posterior lembrança do ato com clareza e criem o terreno propício para a dúvida e para a necessidade de nova verificação. O autor propôs três fatores (multiplicadores cognitivos) que interagiriam entre si para iniciar ou aumentar as checagens compulsivas:

- 1 superestimação da responsabilidade em provocar ou impedir o dano – a crença na possibilidade de ocorrer uma falha é maior quando a pessoa está em uma posição de responsabilidade;
- 2 superestimação da probabilidade de que o dano ocorra;
- 3 superestimação da sua gravidade.¹ Em resumo, fatores cognitivos como a superestimação da responsabilidade, da probabilidade e da gravidade do dano, intolerância à incerteza e falta de confiança na memória desempenhariam um papel relevante no surgimento das dúvidas obsessivas e na perpetuação das verificações compulsivas.¹ Diversos estudos têm mostrado que o mecanismo de autoperpetuação parece operar como proposto por Rachman e que as verificações são contraprodutivas: causam falta de confiança na memória e não diminuem com as repetições.²⁴⁻²⁷

► OS VERIFICADORES TERIAM FALHAS DE MEMÓRIA?

Inicialmente, pensou-se que a necessidade de fazer novas verificações fosse decorrente de falhas de memória, sobretudo da memória para ações. Elas seriam as responsáveis pela dúvida patológica e a incerteza. No entanto, as pesquisas, de modo geral, têm sido inconclusivas ou não têm comprovado que exista, em verificadores, um déficit da memória em geral. Os resultados são mistos em relação à memória verbal e um pouco mais consistentes no sentido de sugerir um comprometimento da memória de trabalho (*working memory* – WM), da memória não verbal, especialmente para estímulos complexos visuais, e da memória das próprias ações em geral (se haviam sido ou não realizadas, observadas ou escritas).²⁸⁻³⁰ Um estudo mostrou déficits bem maiores da WM em pacientes com dúvidas obsessivas e

rituais de checagens e diminuição maior da atividade no giro pós-central do que em pacientes com obsessões de limpeza e lavagens.³¹ Outro estudo verificou que a WM em checadores subclínicos pode ficar comprometida se eles forem expostos a informação irrelevante durante o período de retenção da memória.^{32,33} Também foi observado que, especialmente em checadores compulsivos graves, existe comprometimento da chamada memória prospectiva, definida como a habilidade de formular intenções, promessas, planos, retê-los, relembrá-los e colocá-los em prática no devido tempo e no contexto adequado. Essas falhas em relembrar planos e a tendência a esquecer-los induziria esses pacientes a fazer checagens.^{34,35}

FALTA DE CONFIANÇA NA MEMÓRIA

Resultados mais consistentes de pesquisa, embora nem sempre concordantes, apontam para falta de confiança na memória em checadores, de modo especial em relação a informações envolvendo ameaças ou objetos não seguros. Aparentemente, esses pacientes não confiariam na sua própria lembrança e julgamento e, por esse motivo, envolveriam-se em tentativas inúteis e intermináveis de reconstituir os eventos por meio de checagens repetidas.

Um estudo observou declínio progressivo na confiança da memória em indivíduos com TOC quando repetidamente expostos a estímulos que representavam ameaças e que os induziam a fazer checagens. A confiança em relembrar esses estímulos diminuiu de modo paradoxal.²⁴ Experimentos interessantes foram feitos com estudantes de graduação em situações que significavam risco e responsabilidade (ligar e desligar um fogão a gás virtual), e foi verificado que a repetição das checagens, quando o estímulo era relevante, provocava diminuição significativa da confiança na memória para detalhes, mas não na precisão das

lembraças. Ou seja, as checagens repetidas, em vez de dar garantias adicionais em relação a um estímulo potencialmente perigoso, comprometiam a confiança na memória, alimentando ainda mais a dúvida.³⁶⁻³⁹ A diminuição da confiança na memória ocorre mais em indivíduos com TOC e que têm excesso de responsabilidade²⁵ em situações nas quais se sentem responsáveis⁴⁰ ou em que os níveis de exigência são elevados (Moritz, 2007).

Moritz e colaboradores⁴¹ fizeram críticas a essas pesquisas por se apoiarem em autorrelatos verbais. O uso de autorrelatos, segundo esse autor, seria particularmente problemático em pacientes com TOC porque a dúvida é um sintoma proeminente do transtorno, o que poderia representar um viés para as respostas serem corretas. Outra crítica foi a de que as pesquisas não excluíam pacientes com depressão ou que estavam em uso de medicamentos. Ambas as condições podem causar déficits cognitivos graves que poderiam interferir na memória.⁴¹

VIÉS ATENCIONAL E DA MEMÓRIA

Diferentemente da hipótese de déficit de memória em indivíduos com TOC, pesquisas têm encontrado evidências de que eles apresentam um viés atencional que tem como consequência memória maior para objetos e situações relacionados com suas obsessões e compulsões.^{24,42,43} Um estudo, por exemplo, mostrou que pacientes com TOC e com medos de contaminação têm memória aumentada para a limpeza dos objetos “contaminados” nos quais tocaram.⁴³

Em checadores, esses vieses atencionais e de memória parecem ser contingentes à responsabilidade percebida pelo indivíduo em relação ao possível desfecho que a checagem pretenderia prevenir. Na medida em que aumenta a responsabilidade percebida, aumenta também a necessidade de realizar a checagem. O excesso de responsabilidade faria os indiví-

duos com TOC estarem à procura de pistas ou estímulos relevantes em relação à ameaça (contaminar, falhar, praticar algo violento ou imoral, vigiar os pensamentos).^{7,8,28,44} Essa hipervigilância seria a responsável pelo aumento da percepção das pistas, inclusive de detalhes que escapam às pessoas em geral – por exemplo, manchas em um banheiro público podem passar despercebidas para a maioria das pessoas; um paciente com medo de contaminação irá perceber até mesmo as “invisíveis” e concluirá, ainda, que são manchas de esperma ou de sangue e que poderá se contaminar.

DIFICULDADES NO RACIOCÍNIO INDUTIVO, CONFUSÃO INFERENCIAL E TENDÊNCIA A EXAGERAR A PROBABILIDADE

Foi proposto que uma das razões para as dúvidas obsessivas e a necessidade de repetir as compulsões seria o que foi chamado de “confusão inferencial”, uma dificuldade de fazer inferências e de estabelecer conclusões a partir de premissas que envolvem raciocínio probabilístico especialmente quando estão envolvidas situações de risco. Quando se calcula uma probabilidade como critério para uma tomada de decisão, essa probabilidade é adicionada sob a forma de uma porcentagem de risco ou peso para a decisão, a qual expressa também um grau maior ou menor de incerteza. Essa é uma prática habitual no mundo dos negócios: por exemplo, um banco, ao conceder um empréstimo, o faz admitindo que exista uma probabilidade de não ser resarcido. No mundo do TOC, os pacientes exigem certeza absoluta, além de não terem critérios objetivos, como os bancos, para avaliar o nível de incerteza. Um estudo, por exemplo, concluiu que os indivíduos com TOC tendem a ter muito mais dúvidas do que controles normais diante das mesmas alternativas de decisão oferecidas pelos pesquisadores. Eles em geral concluem pela

existência do risco, independentemente de quão rara seja a probabilidade de acontecer um determinado evento negativo e apesar de evidências que o contradizem. Confundem probabilidades remotas com possibilidades reais. Não utilizam o próprio raciocínio ou não utilizam as informações que obtêm para se tranquilizarem. Baseiam-se muito mais em critérios subjetivos e confiam mais em garantias externas oferecidas por outras pessoas.⁴⁵⁻⁴⁷

➤ NEUROFISIOLOGIA DAS VERIFICAÇÕES COMPULSIVAS: MODELOS ANIMAIS

Se existe uma neurofisiologia específica para dúvidas obsessivas e verificações é uma questão ainda em aberto. Algumas pistas advêm de estudos com animais. Foi desenvolvido um modelo animal de checagens compulsivas em ratos; nesses animais, o comportamento compulsivo de verificação é caracterizado pela preocupação exagerada com a proteção e a segurança em relação a um lugar específico no meio ambiente, por exemplo, em um grande campo aberto, ao qual o animal retorna repetidamente. Esses comportamentos podem ser induzidos por injeções repetidas de quinpirole, um agonista D2/D3 dopaminérgico. O modelo permitiu também identificar as áreas cerebrais envolvidas no comportamento de checagem. Foi verificada participação do *nucleus accumbens* (intensidade e vigor do comportamento compulsivo) e do córtex orbitofrontal (capacidade de evitar o comportamento compulsivo), mas não da amígdala basolateral.⁴⁸

➤ TRATAMENTO DAS OBSESSÕES DE DÚVIDA E DE VERIFICAÇÕES

A TCC para dúvidas obsessivas e verificações baseia-se no modelo cognitivo-comportamen-

tal do TOC, segundo o qual pensamentos de natureza catastrófica (no caso dos verificados, medo de cometer falhas ou de que aconteçam desastres) e ansiedade são associados a objetos, locais ou situações e induzem o indivíduo a adotar medidas (rituais, evitações) para afastar as ameaças e diminuir o desconforto. Conforme apontado, nesses pacientes, a incerteza é o principal evento aversivo, ao qual o indivíduo responde tentando eliminá-la (ter certeza) por meio das verificações repetidas, tanto físicas, motoras, explícitas, dissimuladas, quanto mentais ou por meio de evitações. O alívio obtido é de curta duração e incentiva sua repetição. Crenças disfuncionais, como a avaliação excessiva do risco, excesso de responsabilidade e intolerância à incerteza tornam certos indivíduos vulneráveis a dúvidas obsessivas e à necessidade de realizar compulsões. O objetivo do tratamento é auxiliar o paciente a conviver com a dúvida, expor-se a situações de incerteza, abster-se de executar rituais e melhorar a confiança na memória. Sua

efetividade tem sido reiteradamente comprovada.

A TCC para dúvidas obsessivas e verificações segue as linhas gerais delineadas nos Capítulos 8 e 9, até porque, na maioria das vezes, estarão presentes sintomas de outras dimensões do TOC, os quais serão abordados em conjunto na psicoeducação, nos exercícios de exposição e prevenção de resposta (EPR) e cognitivos.

PSICOEDUCAÇÃO

Os objetivos da psicoeducação são melhorar o grau de *insight* e a compreensão dos sintomas OC e dos mecanismos responsáveis pela sua perpetuação; restabelecer a noção de quando as verificações são normais e quando são excessivas; expor os fundamentos do modelo cognitivo-comportamental com o objetivo de incentivar o paciente a iniciar a terapia.

AS DÚVIDAS OBSESSIVAS: COMO SE MANIFESTAM E POR QUE OS PACIENTES FAZEM CHECAGENS

Na fase inicial da TCC, são importantes algumas informações ao paciente sobre a fenomenologia das dúvidas obsessivas e sua relação com as checagens; as verificações mais comuns; as verificações sutis ou dissimuladas (tocar, olhar, olhar fixamente); as verificações mentais e as neutralizações (repassar cenas, eventos, ruminação ou argumentação mental), das quais o paciente nem sempre se dá conta; as perguntas repetidas e a necessidade de garantias ou de se certificar com os familiares; e sobre como as verificações repetidas confundem a memória (falta de confiança na memória). Deve ser dado destaque para a questão da intolerância à incerteza e sua relação com as checagens e para a finalidade destas como forma desadaptativa de lidar com os medos subjacentes,

EXEMPLO

Uma paciente tinha necessidade de verificar com familiares, terapeutas e colegas de trabalho para ter certeza de que um evento temido não tinha nenhuma possibilidade de acontecer: “Minha casa pode pegar fogo porque deixei perto do abajur alguns papéis, mas o abajur está desligado; o que você acha?”. Embora soubesse que o evento não poderia acontecer de nenhuma maneira, ela necessitava da confirmação de pessoas de sua confiança, e não bastava a resposta de uma só.

de falhar, acontecer alguma desgraça para si ou para os familiares. É importante, sobretudo, que o paciente consiga compreender que os rituais e as neutralizações são tentativas ilusórias para afastar as dúvidas e as ameaças e que, embora proporcionem algum alívio imediato, perpetuam as obsessões e os rituais. Além do conhecimento dos tópicos citados, dois objetivos são importantes na psicoeducação:

- 1 restabelecer a noção de verificações “normais” e excessivas e
- 2 considerar a questão da intolerância a incerteza e a capacidade de lidar com a incerteza como questão central em verificadores.

RESTABELECER A NOÇÃO DE VERIFICAÇÃO NORMAL OU EXCESSIVA

Muitas vezes, o indivíduo com TOC faz inúmeras verificações sem se dar conta de que são excessivas, não razoáveis e até sem sentido. Não raro, as checagens realizadas para aumentar a segurança das pessoas e da casa elevam ainda mais o risco de acontecerem desastres, como é o caso de ligar e desligar repetidamente aparelhos elétricos, lâmpadas. Abrir e fechar a válvula do botijão de gás várias vezes ou girar os botões do fogão repetidamente para ter certeza de que estão bem fechados, por exemplo, não só não garante que não haverá escapamento como aumenta o risco. A repetição aumenta o desgaste das peças, bem como as chances de não serem fechadas de forma adequada. Uma paciente havia danificado várias torneiras em sua casa de tanto apertá-las. Outra precisava retirar todos os cabos dos aparelhos elétricos da tomada sempre que ia para o trabalho, o que ocasionara problemas nessas instalações e rompimento de alguns cabos (aumentando, portanto, as chances de ocorrerem problemas). Entretanto, em algumas situações,

como antes de uma viagem prolongada, ou na iminência de um temporal muito forte, é inclusive recomendável retirar os aparelhos da tomada. Algumas perguntas podem auxiliar a distinguir as verificações normais das excessivas, por exemplo: como se comportam as pessoas que não têm TOC em circunstâncias idênticas? Costumam tomar todas essas precauções todos os dias? Como regra, o paciente deve desconfiar de tudo o que se sente compelido a repetir ou que faz movido por medos e não consegue deixar de fazer. Repetições, em geral, são desnecessárias e são altamente suspeitas quando acompanhadas de ansiedade.

A QUESTÃO DA INTOLERÂNCIA À INCERTEZA

A dificuldade de conviver com a incerteza tem sido considerada a questão central em verificadores e constitui o evento aversivo que impele o indivíduo que tem TOC a executar rituais, buscar garantias e evitar situações ambíguas.¹ O terapeuta pode abordar essa questão, de preferência, ilustrando com exemplos de verificações do próprio paciente. A premissa da qual irá partir é a de que em muitas situações é impossível se ter certeza a respeito problemas reais importantes, por exemplo, se a casa pode ou não incendiar, ou até mesmo sobre questões existenciais relevantes, como contrair doenças e a possibilidade de alguém da família ou a própria pessoa vir adoecer ou, pior, falecer: “Você tem certeza de que na sua ausência não pode haver um escapamento de gás na sua casa?” ou “...de que na próxima semana estaremos vivos e nos encontraremos aqui para mais uma consulta?”. Incertezas fazem parte da vida. Acidentes de carro, assaltos, tragédias fazem parte do cotidiano, e nem sempre é impossível impedi-los. Discutidas essas duas questões, o terapeuta poderá, ainda na psicoeducação, fazer uma breve explanação sobre a TCC para dúvidas e verificações.

COMO É A TCC PARA DÚVIDAS OBSESSIVAS E VERIFICAÇÕES

O objetivo da terapia propriamente dita será o de extinguir as dúvidas obsessivas e as verificações compulsivas, eliminando o reforço (negativo) representado pela realização dos rituais: o alívio da ansiedade pelas verificações perpetua a necessidade de executá-las. Ao abster-se de executá-las, o paciente mantém suas dúvidas e incertezas (expõe-se a elas) em vez de aliviá-las, e sofre um aumento súbito da ansiedade, que desaparece gradualmente e, com a repetição dos exercícios, desaparece por completo. A correção de crenças disfuncionais, como exagerar o risco, a responsabilidade e a intolerância à incerteza, com o auxílio de técnicas cognitivas específicas, auxiliará o paciente a desistir de querer atingir sempre graus de absoluta certeza, impossíveis de serem atingidos, e consequentemente aumentar sua capacidade de conviver com a dúvida, a incerteza e conseguir abster-se das verificações compulsivas. A seguir, serão descritas as técnicas comportamentais e cognitivas, ilustradas com exemplos práticos.

➤ TÉCNICAS COMPORTAMENTAIS: EXPOSIÇÃO E PREVENÇÃO DE RESPOSTA

Com base na compreensão de que a incerteza é o principal evento aversivo e de que é necessário o paciente se expor a ela, o tratamento das dúvidas e das verificações é realizado principalmente com as técnicas comportamentais de exposição e prevenção de resposta, como nos demais sintomas do TOC. As técnicas cognitivas são utilizadas para a correção de crenças distorcidas relacionadas ao excesso de responsabilidade, à intolerância à incerteza e ao perfeccionismo.

COMO FAZER A PREVENÇÃO DAS VERIFICAÇÕES

Os exercícios de prevenção das verificações serão escolhidos a partir da lista de sintomas (Formulário 2, p. 416), de acordo com as orientações do Capítulo 8 e serão inclusos nas tarefas de EPR, que podem focar também outros sintomas, como limpeza/contaminação, pensamentos indesejáveis, alinhamento/simetria, se estiverem presentes. Serão selecionados em razão do grau de aflição que provocam e do quanto o paciente acredita que será capaz de se abster de executá-los (pelo menos 80%). Alguns exemplos de prevenção de verificações mais comuns incluem: abster-se de verificar mais de uma vez, ao sair de casa ou antes de deitar as portas, as janelas, o fogão ou a geladeira, o ferro de passar, os eletrodomésticos, as torneiras, a válvula do botijão de gás, o retrovisor do carro, risco de ter atropelado um pedestre ou animal, os documentos na carteira, o celular desligado (no cinema ou no início de uma palestra, mais de uma vez), as chaves da casa na bolsa, além de confirmar se as portas e os vidros do carro ficaram bem fechados depois de acionar o alarme ou de fechá-los manualmente, e de se abster de ligar ou desligar repetidas vezes eletrodomésticos ou lâmpadas para ter certeza de que ficaram desligados. Uma paciente comentava que depois de executar a primeira checagem ficava mais difícil resistir e não verificar novamente.

Em resumo, a regra é abster-se de fazer mais de uma vez toda e qualquer verificação que é precedida por ansiedade ou aflição ou por pensamentos catastróficos.

EXPOSIÇÃO NA IMAGINAÇÃO

Além de se abster de realizar o ritual de verificação, pode ser feito o exercício de exposição na imaginação ou por escrito, em que o pacien-

te admite a possibilidade de ocorrer o desfecho e escreve as consequências catastróficas imaginadas, que podem ser as piores possíveis. Por exemplo, o paciente já está no trabalho e vem a dúvida: “Será que desliguei o fogão?”. Em vez de ligar para casa ou voltar para ter certeza, deverá se expor à possibilidade de não ter desligado o fogão e escrever: “Deixei o fogão ligado, o gás está escapando, quando chegar em casa, os bombeiros estarão lá na frente, mas não conseguirão conter o fogo; nada sobrará dos meus pertences. É tudo culpa minha!”. O terapeuta poderá questionar o paciente acerca de como poderá lidar com a situação, caso o fato aconteça, quais as alternativas de que dispõe e se irá sobreviver. Em vez de buscar evidências de que o evento não tem chances de ocorrer, a exposição pode ser exatamente pensada em como lidar com o desastre caso venha a acontecer.

PREVENÇÃO DE VERIFICAÇÕES MENTAIS, DISSIMULADAS E VISUAIS

Um cuidado especial deve-se ter com as verificações dissimuladas, que também devem ser inclusas na lista de tarefas. Antes de mais nada, é necessário caracterizá-las. Por exemplo, uma paciente dirigia olhando no espelho, o tempo todo, o filho sentado no banco de trás do carro para se certificar de que ele continuava lá. Outro dirigia testando a todo momento os acionadores dos vidros do carro para garantir que estavam bem fechados. Outro pressionava repetidamente a alavanca do freio de mão para se certificar de que estava abaixada. A prevenção de rituais consiste em solicitar ao paciente que se abstenha de realizar tais checagens.

Exemplos de prevenção de rituais dissimulados: abster-se de passar a mão por baixo das torneiras depois de fechá-las para ver se ainda há água correndo; de passar a mão ou os dedos em portas de geladeira ou gavetas, para verificar se estão bem fechadas; após girar a

chave na fechadura, não repetir o movimento, não forçar a porta para verificar se ficou bem fechada; abster-se de fazer verificações visuais (p. ex., dar uma olhada adicional depois de fechar alguma porta, a geladeira, se os botões do fogão estão na vertical); evitar olhar fixamente para documentos, carimbos, assinaturas.

PREVENÇÃO DE VERIFICAÇÕES MENTAIS (RUMINAÇÃO MENTAL)

Em pacientes com dúvidas, são muito comuns as verificações mentais: repassar cenas, memórias, fatos, diálogos, argumentos, para ter certeza. É importante o paciente identificar esses rituais e ser orientado para que se abstenha de fazê-los. Muitas vezes, o paciente tem dificuldade para interromper tais rituais, que se tornam repetitivos, e, na medida em que não tem sucesso em produzir alívio, pois não consegue chegar a uma conclusão, eles passam a ser repetidos de forma muitas vezes interminável, consumindo muito tempo e constituindo o fenômeno também conhecido como “ruminação obsessiva”. O “Pare” é um exercício que pode ajudar o paciente a interromper esse circuito autoalimentado.

O EXERCÍCIO “PARE” PARA DÚVIDAS E RUMINAÇÕES OBSESSIVAS; VANTAGENS E DESVANTAGENS DE RUMINAR

O “Pare” é um conhecido sinal de trânsito e pode ser uma estratégia útil para interromper rituais mentais (prevenção do ritual) e ao mesmo tempo proporcionar exposição a dúvidas e incertezas. Foi descrito mais detalhadamente no Capítulo 5.

PASSOS DO “PARE”

- 1 Solicitar ao paciente para que fique atento às situações, aos horários ou aos locais em

que é assaltado por dúvidas que não consegue esquecer, nas quais não consegue parar de pensar, em que é tentado a solicitar opiniões de outras pessoas, em que começa a repetir para si mesmo argumentos no sentido de que houve ou não uma falha ou de que nada de ruim vai acontecer ou, ainda, em que se sente compelido a repassar uma sequência de fatos para chegar ao estado de absoluta certeza de que algo temido não aconteceu e se prepare com antecedência para utilizar o “Pare”.

- 2 Ao perceber essas atividades mentais, repetir em voz alta “Pare” ou “Pare com isso!”, procurando interromper a ruminação.
- 3 Em conjunto com o comando, pode dar uma batida forte na mesa, bater palmas ou focar a atenção em um outro estímulo mais intenso, como ouvir uma música, telefonar para um amigo, para se distrair e cortar o fluxo do pensamento, desistindo de ter certeza ou de querer resolver o problema.

O “Pare” pode ser complementado com o exercício cognitivo do questionamento das vantagens e desvantagens de ruminar:

- A ruminação pode trazer alguma informação ou fato novo que auxilie no esclarecimento das dúvidas, ou isso é muito pouco provável e, talvez, até impossível?
- Ficar pensando ou argumentando aumenta o grau de certeza ou serve apenas para manter ou produzir ainda mais aflição?
- Ficar pensando auxilia a tomar uma decisão melhor?
- O que de pior pode acontecer ao se cometer uma falha ou não tomar a melhor decisão?

ABSTER-SE DE REPETIR PERGUNTAS, OBTER GARANTIAS, REASSEGURAR-SE

Verificadores ficam mais tranquilos quando outras pessoas decidem por eles ou lhes oferecem garantias em relação a possíveis falhas ou ameaças. Repetir perguntas, obter garantias, reassegurar-se, devem ser atitudes compreendidas como checagens destinadas a diminuir a aflição e fugir da incerteza, compartilhando a responsabilidade com outras pessoas. Essas estratégias são comuns em pacientes indecisos, que sofrem de lentidão obsessiva e que apresentam dificuldades para encerrar uma tarefa. O resultado são atrasos, queda no desempenho e conflitos, tanto em casa como no trabalho. O paciente deve ser orientado a evitar repetir perguntas, a evitar protelações para encerrar trabalhos ou para tomar decisões, a marcar o tempo para encerrar uma determinada tarefa e cumpri-la apesar de eventuais dúvidas.

É bastante comum que os familiares acabem participando diretamente dos rituais, seja para tranquilizar o paciente, por exemplo, respondendo a dúvidas, seja para auxiliá-lo a tomar a decisões ou até decidindo por ele (qual roupa vai vestir, se o banho está direito). Nesses casos, é interessante o terapeuta, em combinação com o paciente, prever a participação dos familiares na terapia para poder orientá-los no sentido de abster-se de responder a perguntas repetidas do paciente.

FALTA DE CONFIANÇA NA MEMÓRIA: A TÁTICA DE FALAR EM VOZ ALTA

Conforme apontado, o indivíduo com TOC não tem certeza de ter feito algo de forma correta, não porque tenha falhas de memória, mas pro-

vavelmente por não se concentrar em seus atos no momento em que os realiza e em razão do aumento da ansiedade que ocorre nessas situações. Como não confia em suas memórias, passa a ter dúvidas, que o levam a verificar novamente. Rachman¹ sugeriu que ocorre um “borramento” da memória nessas circunstâncias, o qual contribuiria para a necessidade de realizar novas verificações, e as pesquisas, de modo geral, têm confirmado a falta de confiança na memória (metamemória) associada às verificações. Técnicas que melhoram a concentração e que ao mesmo tempo fazem apelo à memória verbal, não comprometida em checadores, parecem diminuir a necessidade de realizar rituais.

O exercício de focar a atenção no que está fazendo no momento melhora a concentração, auxilia a memorizar (registro) os atos realizados e pode ajudar a prevenir as verificações. Esse exercício foi ensinado por uma paciente. Ela descobriu que o esforço adicional para memorizar a cena de fechar a porta e relembrá-la sempre que era tentada a fazer uma verificação ajudava a se abster de verificar se a porta havia sido de fato fechada. Usava como tática para melhorar sua concentração e a memorização do fato e suas circunstâncias falar em voz alta no momento da ação, como se estivesse irradiando para si mesma o que estava realizando: “Fulana, você fechou a porta!”. Para ela, era muito mais fácil lembrar a frase do que o ato em si. E a frase dita em voz alta era a garantia de que o ato fora de fato realizado e com atenção, o que era suficiente para se abster de verificar: “se lembro do que falei é porque de fato fechei bem a porta”. A recomendação é de que o paciente faça com calma uma coisa de cada vez, com atenção e controlando a ansiedade nas tarefas que o levam a querer repeti-las ou checá-las: arrumar as malas e separar os documentos para uma viagem com bastante antecedência e com calma, desligar as luzes da casa e fechar a porta e as janelas

antes de sair ou fechar uma correspondência com atenção.

► TÉCNICAS COGNITIVAS

Os objetivos das técnicas cognitivas são fazer o paciente ter *insight* sobre aspectos cognitivos associados às dúvidas obsessivas e sobre a necessidade de evitar as verificações, melhorar a capacidade de conviver com a incerteza, corrigir crenças relacionadas ao excesso de responsabilidade, à avaliação exagerada das ameaças e reduzir o perfeccionismo. Corrigir essas crenças disfuncionais facilitará a adesão às técnicas de EPR. Esses objetivos podem ser conseguidos em parte durante a psicoeducação, como foi apontado. Técnicas cognitivas mais específicas, como identificação e registro dos pensamentos e das crenças disfuncionais, exame de evidências ou questionamento socrático, seta descendente, consulta a especialistas e testes comportamentais podem ser úteis, quando usadas de forma conveniente e no momento adequado.

IDENTIFICAÇÃO E REGISTRO DOS PENSAMENTOS AUTOMÁTICOS

Com relativa facilidade, a maioria dos pacientes com dúvidas obsessivas e verificações consegue identificar (e registrar) os pensamentos automáticos catastróficos e as crenças disfuncionais subjacentes fazendo a pergunta “O que me passou pela cabeça na ocasião?” ao relembrar situações em que foram assaltados por dúvidas e compelidos a fazer verificações. Os “eventos” negativos imaginados podem ser contaminar-se, contrair doenças, cometer falhas, cometer um ato violento ou sexual inaceitável, entre outros. O registro pode ser feito de acordo com o Formulário 6, p. 434), e servirá de instrumento para o exame de evidências ou o questionamento socrático.

QUESTIONAMENTO SÓCRATICO E EXAME DE EVIDÊNCIAS

O questionamento socrático é uma das principais estratégias cognitivas para abordagem das dúvidas obsessivas e da necessidade de fazer verificações. O objetivo, no entanto, não é apenas levar o paciente a se dar conta de que avalia de forma exagerada o risco ou a responsabilidade, mas também que se dê conta da irracionalidade de seus rituais. É importante, sobretudo, a modificação de crenças disfuncionais relacionadas à intolerância à incerteza: (a) a certeza absoluta é impossível, e os rituais são insuficientes e inúteis para se obtê-la; (b) a meta principal da terapia não é ter evidências de que os desastres não aconteceram ou não irão acontecer, mas aceitar a possibilidade de que um dia possam ocorrer e aprender a lidar com eles, por piores que sejam.⁴⁹

QUESTIONANDO A POSSIBILIDADE DE TER CERTEZA ABSOLUTA

O terapeuta poderá questionar o paciente acerca da possibilidade de se ter certeza absoluta, mesmo sobre questões vitais, como ter saúde, estar vivo. “De muitas coisas na vida é impossível se ter certeza. Por exemplo: é possível se ter certeza de estar vivo no próximo ano? Ou sequer na próxima semana?”. Poderá provocar o paciente solicitando que pense em uma pessoa da família e perguntar: “Você tem como me garantir que essa pessoa está viva neste momento em que estamos conversando?”. Se o paciente disser que sim, poderá perguntar, ainda, como ele sabe: “Não existe a possibilidade, mesmo que remota, de que essa pessoa tenha morrido e que você não tenha sido informado?”. Poderá usar exemplos do próprio paciente: “Tem certeza de que sua casa não foi arrombada? Ou de que o gás não está escapando?” ou, ainda, “Vale a pena ficar repassando essas dúvidas?”.⁴⁹

Uma segunda estratégia é conseguir que o paciente aceite um ponto de vista alternativo para a questão do acaso, de que imprevistos (ou azares) fazem parte do dia a dia de todas as pessoas e de que é possível viver melhor aceitando essas incertezas, até porque não existe alternativa. Imprevistos acontecem a qualquer hora: estragar o carro no meio de um congestionamento, ser assaltado, a chuva destelhar a casa, um cano de água estourar e a casa inundar, ou adoecer subitamente. Não há como preveni-los totalmente. A certeza é particularmente impossível de ser obtida quando se trata de eventos raros (ser atingido por um raio, por um tremor de terra, pela queda de um avião) ou, mais raros ainda, como a queda de um meteorito ou de pedaço de um satélite. A hipervigilância não irá reduzir os riscos desses eventos raros, ou o custo é extremamente elevado (p. ex., não sair à rua em momento algum). Lidar com a incerteza não é deixar de ter ansiedade baseando-se no fato de que consequências temidas são improváveis ou de que eventos raros nunca irão acontecer. Significa decidir viver como se as piores desgraças ou as mais temidas um dia pudessem se tornar realidade: os filhos, a esposa contrairiam câncer, perder um ente querido em um acidente de carro. Lidar com a incerteza significa preparar-se para lidar com qualquer desgraça em potencial, não importa quão improvável ou quão grave possa parecer. É poder ter uma vida boa mesmo em um mundo em que as pessoas podem adoecer, o paciente ou sua família podem morrer em algum momento.⁴⁹

A SETA DESCENDENTE

O temor de cometer falhas é comum em verificadores, e essas são sempre consideradas catastróficas. As consequências são verificações, repetições, indecisão e protelações. Relevar parágrafos de livros, ler determinadas páginas do

jornal, atrasar entrega de trabalhos e ter dúvidas sobre combinação de roupas são exemplos. A seta descendente é um exercício que auxilia o paciente a se expor na imaginação a consequências temidas, a questioná-las e a pensar em alternativas mais realistas.

O exercício começa com a identificação de um pensamento intrusivo negativo associado às dúvidas obsessivas e às verificações e com a explicitação das consequências imaginadas em resposta a perguntas conectadas por setas “e daí?”, “e então?” ou “se isso aconteceu, o que pode ocorrer a seguir?”, “e se isso de fato ocorreu, o que significa para você?”, “o que de pior poderia acontecer?”, e assim por diante, até que se tenha atingido a linha-base; em outras palavras, a pior consequência possível. O objetivo principal, no caso dos verificadores, não é provar que as consequências negativas imaginadas são exageradas ou impossíveis de acontecer, mas ver alternativas de lidar com elas caso viessem a se tornar realidade.

- O que você imagina que poderia acontecer caso cometesse essa falha (o revisor encontrou um erro de digitação no trabalho de conclusão de curso, ou não viu a notícia do falecimento de um amigo, ou foi ao casamento com a roupa errada)?
- O que de pior poderia acontecer?
- As pessoas iriam condená-lo?
- Você condenaria um amigo seu caso ele tivesse cometido essa mesma falha?
- Caso acontecesse o pior (rodar no trabalho de conclusão de curso, ser demitido no trabalho, perder a namorada), como você lidaria com a situação? Você sobreviveria?

Esse mesmo exercício poderia ser usado para outros eventos negativos imaginados pelo paciente: deixar a torneira ligada, o gás escapando, um ferro elétrico ligado. Se aconte-

cesse o pior, como lidaria com a situação, por exemplo, se um dia a casa incendiasse. O exercício da seta descendente foi descrito de forma mais detalhada no Capítulo 6, páginas 128-129.

CONSULTA A ESPECIALISTAS

A consulta a especialistas sobre a possibilidade de ocorrerem as consequências imaginadas pelo paciente caso cometá uma falha, associada a exposição e prevenção de resposta, pode ser de grande ajuda. A seguir, são descritos dois exemplos.

TESTES OU EXPERIMENTOS COMPORTAMENTAIS

Uma forma muito efetiva de modificar crenças é desafiá-las em situações reais por meio de testes comportamentais, que não deixam de ser exposições realizadas de forma planejada e intensiva, pois ativam os medos e os pensamentos negativos subjacentes (a casa incendiaria, um familiar poder morrer). São uma forma prática de reconhecer sua irracionalidade e implausibilidade. A crença deve ser considerada uma mera hipótese a ser confirmada ou rejeitada, dependendo dos resultados dos experimentos.

Exemplos de testes ou experimentos comportamentais:

- Tentar efetuar um depósito no banco digitando o número da própria conta de forma errada para ver o que acontece.
- Depositar uma pequena quantia de dinheiro em uma conta errada e tentar ver se é possível reaver o dinheiro (para constatar que, mesmo quando se erra, sempre há solução).
- Comprar uma roupa ou um eletrodoméstico sem ter certeza de que está pagando o melhor preço.

EXEMPLO: O VERIFICADOR DA CARTEIRA DE DOCUMENTOS

Um paciente verificava várias vezes ao dia, especialmente ao sair de casa, se os documentos estavam na carteira. Precisava levar sempre consigo, além da carteira de motorista, os cartões de crédito, o cartão de registro no seu conselho profissional, o CPF e o comprovante de residência. Temia ser preso caso fosse interpelado na rua por um policial e estivesse sem algum deles. Por sugestão do terapeuta, perguntou a um advogado amigo seu se poderia ser preso por estar sem os documentos e em quais circunstâncias eles poderiam ser exigidos. Este lhe informou que não poderia ser preso por estar sem documentos. Na pior das hipóteses, se abordado em batida policial, poderia ser levado à delegacia para averiguações, mas jamais ser preso. Esclareceu, ainda, que alguns documentos são exigidos para realizar determinadas tarefas, como a carteira de motorista para dirigir carro, a carteira de identidade para assinar documentos ou passar cheques, o cartão do banco para movimentar a conta, etc. Se eventualmente estivesse sem os documentos, poderia ser impedido de realizar essas tarefas. A partir dessas informações, fez o teste de sair algumas vezes sem verificar os documentos e às vezes até sair sem eles (para ir até a academia ou caminhar nos arredores de sua casa), conseguindo se abster de fazer suas verificações diárias.

MAIS UM EXEMPLO: A CONTROLADORA DE NOTÍCIAS DE JORNais

Uma paciente verificava diariamente a página com as notícias econômicas de um jornal local. Preocupava-se, sobretudo, em estar a par de todas as leis que pudessem ter alguma consequência sobre a declaração do imposto de renda de sua empresa, pela qual era responsável um competente contador. Eventualmente, não dispunha de tempo e acumulava grande quantidade de jornais velhos, “para um dia revisá-los e estar sempre a par de todas as leis”. Justificava-se dizendo que, se não cumprisse todas as leis, poderia ser presa, e, se não estivesse permanentemente atenta, alguma legislação relevante poderia passar despercebida. No exame da plausibilidade de sua crença, admitiu ser ilusória a certeza de estar a par de todas as leis revisando apenas um jornal local. Admitiu, ainda, ser impossível revisar todos os jornais e revistas especializados, o diário oficial, e que querer fazer esse controle era uma meta inatingível, fisicamente impossível, e que não tinha alternativa a não ser confiar em seu contador. Depois de reconhecer esses pontos, admitiu como pensamento alternativo que, caso fosse constatada alguma falha na sua declaração de imposto de renda, teria a chance de fazer uma retificação ou, ainda, pagar uma multa, e, mesmo na hipótese infundada de ser presa por descumprir as leis, um advogado ressolveria a situação. Depois desses questionamentos, aderiu com mais facilidade aos exercícios de EPR: abster-se de ler a página das notícias econômicas do jornal local e descartar os jornais velhos, tarefa que até então lhe parecia muito difícil ou impossível.

- Revisar o texto de um *e-mail* importante somente uma vez.
 - Não reler a página ou o parágrafo do livro mais de uma vez e ver se faz diferença.
 - Deixar de anotar diariamente tudo o que deve fazer, sobretudo quando são atividades rotineiras e repetitivas, e ver se comece erros.

- Dúvidas obsessivas seguidas de verificações são sintomas muito comuns no TOC. Estão associadas a outras dimensões de sintomas: contaminação/limpeza, pensamentos inaceitáveis (conteúdo violento/sexual), dúvidas em relação à orientação sexual e armazenamento. São muito comuns, ainda, as checagens (mentais) relacionadas ao excesso de escrúpulos e de responsabilidade.
 - As dúvidas e as verificações compulsivas são observadas em diversos transtornos psiquiátricos, como no TAG, na hipocondria, no transtorno da personalidade obsessivo-compulsiva, nos transtornos da alimentação, no transtorno de pânico, entre outros.
 - De acordo com Rachman,¹ o excesso de responsabilidade, a avaliação distorcida da probabilidade e da gravidade do dano, a intolerância à incerteza e a falta de confiança na memória seriam fatores cognitivos associados às dúvidas obsessivas e às verificações compulsivas. As checagens são mantidas em razão de um mecanismo de autoperpetuação segundo o qual o indivíduo verifica para ter mais certeza; como não pode ser conseguida, retornam a dúvida, a ansiedade e a necessidade de novas verificações.
 - Verificações repetidas podem confundir a memória (falta de confiança na memória), contribuir para que ocorram dúvidas e para a necessidade de novas verificações. O aumento da aflição ao fazer verificações pode ser o fator responsável pela dificuldade de concentração e pela falta de confiança na memória.
 - A terapia de exposição e prevenção de resposta associada a técnicas cognitivas é efetiva para reduzir as dúvidas, para aprender a conviver com a incerteza e para diminuir a necessidade de fazer verificações.
 - A psicoeducação é crucial para o paciente aprender a conviver com a incerteza.
 - A exposição às dúvidas, o questionamento socrático, a seta descendente, a consulta a especialistas, os testes comportamentais, junto à abstenção de executar verificações, são as principais estratégias utilizadas para tratar dúvidas obsessivas e rituais de verificação.

► REFERÊNCIAS

1. Rachman S. A cognitive theory of compulsive checking. *Behav Res Ther.* 2002;40(6):625-39.
2. Rasmussen SA, Eisen JL. The epidemiology and clinical features of obsessive compulsive disorder. *Psychiatr Clin North Am.* 1992;15(4):743-58.
3. Leckman JF, Rauch SL, Mataix-Cols D. Symptom dimensions in obsessive-compulsive disorder: implications for the DSM-V. *CNS Spectr.* 2007;12(5):376-87, 400.
4. Bloch MH, Landeros-Weisenberger A, Rosario MC, Pittenger C, Leckman JF. Meta-analysis of the symptom structure of obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry.* 2008;165(12):1532-42.
5. Parrish CL, Radomsky AS. Why do people seek reassurance and check repeatedly? An investigation of factors involved in compulsive behavior in OCD and depression. *J Anxiety Disord.* 2010;24(2):211-22.
6. Obsessive Compulsive Cognitions Working Group. Cognitive assessment of obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther.* 1997;35(7):667-81.
7. Salkovskis PM. Obsessional-compulsive problems: a cognitive behavioural analysis. *Behav Res Ther.* 1985;23(5):571-83.
8. Salkovskis PM. Cognitive-behavioural factors and the persistence of intrusive thoughts in obsessional problems. *Behav Res Ther.* 1989;27(6):677-82.
9. Parrish CL, Radomsky AS. An experimental investigation of responsibility and reassurance: relationships with compulsive checking. *Int J Behav Cons Ther.* 2006;2(2):174-91.
10. van den Hout M, Engelhard IM, de Boer C, du Bois A, Dek E. Perseverative and compulsive-like staring causes uncertainty about perception. *Behav Res Ther.* 2008;46:1300-4.
11. Williams MT, Farris SG. Sexual orientation obsessions in obsessive-compulsive disorder: prevalence and correlates. *Psychiatry Res.* 2011;187(1-2):156-9.
12. Salkovskis PM, Forrester E, Richards C. Cognitive-behavioural approach to understanding obsessional thinking. *Brit J Psychiatry.* 1998;173(Suppl 35):53-63.
13. Salkovskis PM. Understanding and treating obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther.* 1999;37(Suppl 1):S29-52.
14. Rhéaume J, Ladouceur R, Freeston MH, Letarte H. Inflated responsibility in obsessive compulsive disorder: validation of an operational definition. *Behav Res Ther.* 1995;33(2):159-69.
15. Lopatka C, Rachman S. Perceived responsibility and compulsive checking: an experimental analysis. *Behav Res Ther.* 1995;33:673-84.
16. Arntz A, Voncken M, Goosen AC. Responsibility and obsessive compulsive disorder: an experimental test. *Behav Res Ther.* 2007;45:425-35.
17. Foa EB, Sacks MB, Tolin DF, Prezworski A, Amir N. Inflated perception of responsibility for harm in OCD patients with and without checking compulsions: a replication and extension. *J Anxiety Disord.* 2002;16(4):443-53.
18. Cougle JR, Lee HJ, Salkovskis PM. Are responsibility beliefs inflated in non-checking OCD patients? *J Anxiety Disord.* 2007;21(1):153-9.
19. Dugas MJ, Gagnon F, Ladouceur R, Freeston MH. Generalized anxiety disorder: a preliminary test of a conceptual model. *Behav Res Ther.* 1998;36(2):215-26.
20. Lind C, Boschen MJ. Intolerance of uncertainty mediates the relationship between responsibility beliefs and compulsive checking. *J Anxiety Disord.* 2009;23(8):1047-52.
21. Freeston MH, Rheaume J, Letarte H, Dugas MJ, Ladouceur R. Why do people worry? *Pers Indiv Differ.* 1994;17:791-802.
22. Tolin DF, Abramowitz JS, Brigid BD, Foa EB. Intolerance of uncertainty in obsessive-compulsive disorder. *Anxiety Disord.* 2003;17(2):233-42.
23. Carleton RN, Mulvogue MK, Thibodeau MA, McCabe RE, Antony MM, Asmundson GJ. Increasingly certain about uncertainty: intolerance of uncertainty across anxiety and depression. *J Anxiety Disord.* 2012;26(3):468-79.
24. Tolin DF, Abramowitz JS, Brigid BD, Amir N, Street GP, Foa EB. Memory and memory confidence in obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther.* 2001;39:913-27.
25. Boschen MJ, Vuksanovic D. Deteriorating memory confidence, responsibility perceptions and repeated checking: comparisons in OCD and control samples. *Behav Res Ther.* 2007;45:2098-109.
26. Radomsky AS, Alcolado GM. Don't even think about checking: mental checking causes memory distrust. *J Behav Ther Exp Psychiatry.* 2010;41(4):345-51.
27. Alcolado GM, Radomsky AS. Believe in yourself: manipulating beliefs about memory causes checking. *Behav Res Ther.* 2011;49(1):42-9.
28. Muller J, Roberts JE. Memory and attention in obsessive-compulsive disorder: a review. *J Anxiety Disord.* 2005;19(1):1-28.
29. Cha KR, Koo MS, Kim CH, Kim JW, Oh WJ, Suh HS, et al. Nonverbal memory dysfunction in obsessive-compulsive disorder patients with checking compulsions. *Depress Anxiety.* 2008;25(11):E115-20.
30. Moritz S, Kloss M, von Eckstaedt FV, Jelinek L. Comparable performance of patients with obsessive-compulsive disorder (OCD) and healthy controls for verbal and nonverbal memory accuracy and confidence: time to forget the forgetfulness hypothesis of OCD? *Psychiatry Res.* 2009;166(2-3):247-53.

31. Nakao T, Nakagawa A, Nakatani E, Nabeyama M, Sanematsu H, Yoshiura T, et al. Working memory dysfunction in obsessive-compulsive disorder: a neuropsychological and functional MRI study. *J Psychiatr Res.* 2009;43(8):784-91.
32. Harkin B, Kessler K. How checking breeds doubt: reduced performance in a simple working memory task. *Behav Res Ther.* 2009;47:504-12.
33. Harkin B, Kessler K. How checking as a cognitive style influences working memory performance. *Appl Cogn Psychol.* 2011;25:219-28.
34. Cuttler C, Graf P. Sub-clinical compulsive checkers' prospective memory is impaired. *J Anxiety Disorders.* 2007;21(3):338-52.
35. Cuttler C, Graf P. Checking-in on the memory deficit and meta-memory deficit theories of compulsive checking. *Clin Psychol Rev.* 2009;29(5):393-409.
36. van den Hout M, Kindt M. Repeated checking causes memory distrust. *Behav Res Ther.* 2003;41(3):301-16.
37. van den Hout M, Kindt M. Obsessive-compulsive disorder and the paradoxical effects of perseverative behaviour on experienced uncertainty. *J Behav Ther Exp Psychiatry.* 2004;35(2):165-81.
38. Dar R. Elucidating the mechanism of uncertainty and doubt in obsessive-compulsive checkers. *J Behav Ther Exp Psychiatry.* 2004;35(2):153-63.
39. Radomsky AS, Gilchrist PT, Dussault D. Repeated checking really does cause memory distrust. *Behav Res Ther.* 2006;44:305-16.
40. Cougle JR, Salkovskis PM, Wahl K. Perception of memory ability and confidence in recollections in obsessive-compulsive checking. *J Anxiety Disord.* 2007;21(1):118-30.
41. Moritz S, Wahl K, Zurowski B, Jelinek L, Hand I, Fricke S. Enhanced perceived responsibility decreases meta-memory but not memory accuracy in obsessive-compulsive disorder (OCD). *Behav Res Ther.* 2007;45(9):2044-52.
42. Constans JI, Foa EB, Franklin ME, Mathews A. Memory for actual and imagined events in OC checkers. *Behav Res Ther.* 1995;33:665-71.
43. Radomsky AS, Rachman S. Memory bias in obsessive-compulsive disorder (OCD). *Behav Res Ther.* 1999;37(7):605-18.
44. Radomsky AS, Rachman S, Hammond D. Memory bias, confidence and responsibility in compulsive checking. *Behav Res Ther.* 2001;39:813-22.
45. Aardema F, O'Connor KP, Emmelkamp PM. Inferential confusion and obsessive beliefs in obsessive-compulsive disorder. *Cognitive Behav Ther.* 2006;35:138-47.
46. Péliéssier MC, O'Connor KP, Dupuis G. When doubting begins: exploring inductive reasoning in obsessive-compulsive disorder. *J Behav Ther Exp Psychiatry.* 2009;40(1):39-49.
47. Wu KD, Aardema F, O'Connor KP. Inferential confusion, obsessive beliefs, and obsessive-compulsive symptoms: a replication and extension. *J Anxiety Disord.* 2009;23(6):746-52.
48. Dvorkin A, Silva C, McMurran T, Bisnaire L, Foster J, Szechtman H. Features of compulsive checking behavior mediated by nucleus accumbens and orbital frontal cortex. *Eur J Neurosci.* 2010;32(9):1552-63.
49. Grayson JB. OCD and intolerance of uncertainty: treatment. *J Cogn Psychotherapy.* 2010;24(1):3.

12

ARISTIDES VOLPATO CORDIOLI

Obsessões de conteúdo agressivo, sexual ou blasfemo, pensamentos e rituais supersticiosos

OBJETIVOS

- Ser capaz de identificar as obsessões de conteúdo agressivo, sexual, blasfemo ou supersticioso, bem como as compulsões, evitações e neutralizações associadas.
- Conhecer as teorias cognitivas sobre o surgimento e a manutenção dessas obsessões.
- Conhecer as crenças disfuncionais subjacentes.
- Ser capaz de fazer a psicoeducação dos pacientes que apresentam esses sintomas e orientá-los sobre as atitudes que auxiliam a vencê-los.
- Conhecer o uso das técnicas cognitivas e comportamentais no tratamento de obsessões repugnantes.
- Conhecer as eventuais dificuldades para o uso dessas técnicas.

Pensamentos, impulsos ou imagens inaceitáveis ou repugnantes, de conteúdo agressivo, violento, sexual ou blasfemo, com muita frequência, atormentam os indivíduos com transtorno obsessivo-compulsivo (TOC). São considerados estranhos à própria pessoa, provocam ansiedade intensa, medo, culpa e vergonha. São também acompanhados de tentativas deliberadas, geralmente inúteis, de controlá-los, afastá-los ou suprimi-los, com a finalidade de aliviar o desconforto associado e de prevenir consequências negativas. Essas tentativas incluem rituais físicos, rituais mentais, comportamentos evitativos e as mais variadas formas de neutralização. Popularmente conhecidos como “maus” pensamentos, pensamentos horíveis, pensamentos repugnantes ou pensamentos tabu, são muito comuns nos indivíduos com TOC. Um estudo observou prevalência de 30,2% de obsessões de conteúdo sexual e/ou religioso nesses indivíduos.¹ Uma das questões mais intrigantes a respeito dessas obsessões é por que, apesar de pensamentos intrusivos de conteúdo semelhante serem muito comuns em indivíduos normais, em outros, eles adquirem significância clínica e transformam-se em obsessões.

De fato, pensamentos passageiros de conteúdo indesejável são bastante comuns à maioria das pessoas, que não lhes atribui significado algum. São apenas “lixo mental”, bobações, “besteiras que passam pela cabeça”, às quais não dão nenhuma importância. Para os indivíduos com TOC, podem custar o que eles têm de mais precioso: não poder brincar com seus filhos, não poder se aproximar e tocar em seus entes queridos. Outros ficam tão paralisados que não conseguem nem mesmo sair de casa, chegando a pensar em suicídio. Um paciente deixara de ver uma série de documentários na televisão sobre vítimas de violência e de estupro “porque poderia gostar...”. O pai de uma bebê evitava tocá-la ou segurá-la no colo, pois lhe passava pela cabeça abusar dela, o que o deixava horrorizado. Outro saiu de casa e voltou a morar com a mãe para não abusar da filha de 12 anos. Outra paciente não conseguia mais se aproximar do marido, evitava manejá-las facas da cozinha, as quais esconderia, em razão de ser atormentada por pensamentos intrusivos de esfaqueá-lo.

Por que razão certos indivíduos passam a apresentar tais obsessões enquanto outros não dão nenhuma importância a pensamentos semelhantes? A teoria cognitiva tem dado uma interessante contribuição para a compreensão desses fenômenos ao destacar a presença de crenças disfuncionais, avaliações e interpretações erradas associadas a esses sintomas. Uma das explicações é que essas obsessões teriam origem em pensamentos intrusivos normais em razão das interpretações negativas a eles associadas. Essa transformação somente ocorreria se o indivíduo interpretasse tais intrusões como pessoalmente significativas e como representando uma ameaça.^{2,3} Uma dessas interpretações disfuncionais é a chamada “fusão do pensamento e da ação” (“pensamentos imorais são tão condenáveis quanto ações

imorais” ou “ter esses pensamentos significa que posso praticá-los”). Essa transformação dependeria do quanto tais pensamentos intrusivos têm a ver com o sistema de valores da pessoa e com o que representam ou significam para ela.³ Indivíduos mais sensíveis, excessivamente responsáveis, de consciência moral mais rígida (perfeccionismo moral), com elevada ansiedade, estariam mais propensos a ser perturbados pelos “maus” pensamentos,³⁻⁵ ou, como afirma o dr. Lee Baer,⁶ os maus pensamentos atormentam as pessoas exatamente naquele ponto em que são mais vulneráveis, sugerindo que possam fazer as coisas que consideram as mais improváveis ou absurdas de praticarem.

Obsessões de conteúdo indesejável eram consideradas de difícil tratamento, pois havia grande dificuldade de fazer exposição e prevenção de resposta para sintomas que eram eminentemente mentais. As pesquisas, até há pouco, mostravam que obsessões de conteúdo sexual ou religioso estavam associadas a refratariedade ao tratamento.⁷ Em geral, os pacientes que têm obsessões inaceitáveis são mais graves se comparados aos pacientes que apresentam sintomas relacionados a contaminação, simetria ou acumulação compulsiva. Um lado pessoal moralístico leva-os a interpretar tais intrusões como expressão de desejos pessoais secretos e lutar contra.⁸⁻¹⁰ O enfoque cognitivo permitiu também a proposição de técnicas que na prática clínica têm revelado efetividade em seu tratamento.¹¹⁻¹⁵

Neste capítulo, serão descritas as obsessões de conteúdo indesejável e suas principais consequências – os rituais, as evitações, as neutralizações e a hipervigilância. Serão descritas as hipóteses cognitivas mais conhecidas sobre sua origem e manutenção, as interpretações distorcidas e as crenças disfuncionais associadas, bem como a terapia cognitivo-comportamental (TCC) desses sintomas.

➤ OBSESSÕES DE CONTEÚDO INACEITÁVEL: FENOMENOLOGIA

As obsessões de conteúdo inaceitável ou repugnante incluem pensamentos, imagens e impulsos de conteúdo violento ou agressivo (agredir uma pessoa inocente ou indefesa, ferir um ente querido, jogar um bebê da sacada ou afogá-lo no banho, chutar uma pessoa idosa, dar um soco em um pedestre desconhecido ou atropelá-lo, desviar o carro para a pista contrária, jogar um copo de água no rosto de outra pessoa); sexual (tocar alguém sexualmente contra sua vontade, molestar um bebê, fazer sexo com um mendigo e contrair HIV, dúvidas quanto à orientação sexual); obsessões de conteúdo blasfemo (imagens fazendo sexo com Jesus Cristo ou com a Virgem Maria, pensamento de transar com Deus ou de dizer um palavrão ou uma blasfêmia durante o sermão de domingo).

Essas obsessões também podem tomar a forma de dúvidas: “Será que eu atropelei alguém sem perceber?”, “Será que eu não posso ter trocado os frascos de medicamentos do meu filho e colocado algum veneno doméstico entre eles?”, “Será que não escrevi algo ofensivo para meu chefe quando respondi a um e-mail?”, “Será que sou gay e ainda não percebi?”, “Será que ofendi a Deus?”, “Será que não contaminei minha oração com um pensamento impuro?”.¹³

Com muita frequência, as obsessões de conteúdo agressivo ou violento são acompanhadas de verificações, para ter certeza de que o pensamento não aconteceu, de que a ameaça foi afastada, ou ainda como forma de prevenir danos futuros. Alguns exemplos incluem: monitorar o noticiário do jornal e da televisão para se certificar de que o avião em que o pai viajou não caiu ou de que ninguém foi atropelado na rua onde passou; vigiar o espelho do automóvel e dar a volta na quadra para ter certeza de que não atropelou um pedestre ou um

animal; certificar-se de que as facas estão nas bainhas ou de que estão todas guardadas nas gavetas.

As obsessões de conteúdo inaceitável, em geral, estão associadas a situações, objetos, locais ou pessoas que adquirem a propriedade de provocá-las e, por esse motivo, passam a ser sistematicamente evitados: evitar lugares onde existam facas, objetos pontudos ou cortantes e olhar para eles; preparar alimentos ou descascar frutas, para não manusear facas na frente dos familiares; pegar o bebê ou uma criança no colo e evitar seguirá-lo perto de janelas, escadas; praças onde existam crianças brincando; chegar perto de crianças ou brincar com elas; usar certas cores de roupas (pretas ou vermelhas porque lembram morte ou sangue); o contato físico e a proximidade com indivíduos do mesmo sexo. Um paciente deixou de entrar no Facebook para não escrever algo que fosse inconveniente ou agredir seus amigos. Uma paciente colocou telas para não ter chances de jogar o filho pela janela. Além das evitações externas, esses indivíduos se envolvem em esforços mentais extenuantes e infrutíferos para vigiar os pensamentos, suprimi-los, afastá-los, os quais geralmente se tornam contraproducentes.

Uma forma de diminuir a ansiedade e a culpa associadas são as tentativas de obter garantias junto aos familiares por meio de perguntas repetidas de que o desastre não aconteceu ou não irá acontecer.⁵⁻¹⁶ É uma forma de dividir a responsabilidade.^{4,17-18} Alguns exemplos incluem: “Garante que eu não disse alguma coisa que magoou fulano?”, “Tem certeza de que não ouviu nenhum barulho debaixo do carro?”. Ou, para o terapeuta: “O senhor me garante que não sou um pedófilo?” ou “Garante que eu não vou dar um soco em uma pessoa se sair à rua?”.

A identificação de compulsões mentais, evitações e neutralizações, com muita frequência associadas aos pensamentos inaceitá-

veis, torna o conceito de obsessões “puras” um mito, segundo alguns autores.¹⁹ Além de ampliar consideravelmente a compreensão desses fenômenos, possibilitou sua abordagem por meio das conhecidas técnicas de EPR.

► APRESENTAÇÕES CLÍNICAS E DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

OBSESSÕES DE CONTEÚDO AGRESSIVO

Obsessões de conteúdo agressivo são muito comuns e ocorrem, segundo uma pesquisa, em 31% dos indivíduos com TOC.²⁰ Mais exemplos clínicos incluem: pensamento de empurrar o carrinho na escada rolante do *shopping*; colocar veneno na comida do bebê ou afogá-lo no banho; cravar uma faca no peito do(a) esposo(a), pai/mãe, namorado(a); agredir o pai no rosto com um caco de vidro; atirar o neto da sacada; segurar o filho pelos pés e bater sua cabeça com violência contra a parede. Também podem consistir em cenas violentas e repugnantes semelhantes às que ocorrem no transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), como, por exemplo, de uma pessoa sendo atropelada e estraçalhada por um ônibus, com pedaços de membros saltando para longe, ou da cabeça de um familiar sendo decepada pela hélice de um ventilador. Uma paciente era atormentada pela cena de uma amiga que falecera levantando-se do caixão. Outra se imaginava atropelando um pedestre HIV-positivo, com o sangue expirrando pelo vidro do carro, sujando seu rosto e sua roupa.

Na avaliação do paciente, o profissional deve se assegurar de que os pensamentos intrusivos de conteúdo agressivo são verdadeiras obsessões e não estão associados a comportamento violento. Para estabelecer o diagnóstico diferencial, é importante determinar sobretudo se o pensamento é egodistônico. No TOC, esses pensamentos, impulsos ou imagens são

indesejáveis, inaceitáveis, percebidos como estranhos à própria pessoa; são desagradáveis, acompanhados de medo, aflição e culpa. Além disso, indivíduos com TOC são extremamente sensíveis ao potencial dano à vítima. Essa sensibilidade faz tais intrusões serem especialmente perturbadoras e repugnantes. Também são propensos a evitar situações que desencadeiam as obsessões, como estar perto da “vítima” em relação à qual desenvolvem comportamentos evitativos.

Os indivíduos com potencial para cometer atos violentos têm história de comportamentos violentos, podem apresentar transtornos mentais, como abuso ou dependência de drogas ou álcool, esquizofrenia, transtorno do humor bipolar (TB) ou, ainda, transtornos da personalidade (personalidade paranoide, *border-line* ou antissocial). Muitas vezes, são pessoas que se dedicam a práticas ilegais e, em razão disso, têm inimigos. Indivíduos podem cometer atos violentos se estão com muita raiva de uma pessoa em particular, pela qual se sentiram prejudicados ou abandonados no passado recente, e então decidiram se vingar. Em geral, planejam seus atos, sentem excitação ou prazer em executá-los e nenhuma consideração ou preocupação com a vítima.

É bom lembrar que indivíduos que passaram por situações nas quais houve risco de vida ou ameaças à própria integridade física ou que presenciaram situações em que outras pessoas ficaram feridas ou morreram, por exemplo, depois de um acidente violento de carro, de um incêndio, assalto ou de um sequestro, podem, por longo tempo, ter sua mente invadida por cenas chocantes. É possível que esses indivíduos estejam apresentando transtorno de estresse pós-traumático.

OBSESSÕES DE CONTEÚDO SEXUAL

Pensamentos, cenas ou impulsos inaceitáveis relacionados a sexo dúvidas em relação à

orientação sexual também são muito comuns em pacientes com TOC. Uma pesquisa verificou prevalência de 24% para essas obsessões.²⁰ Outra observou prevalência de 13,3% no momento presente e de 24,9% ao longo da vida. Esses indivíduos também apresentavam mais obsessões de conteúdo agressivo e religioso, e o início dos sintomas tinha sido mais cedo em relação àqueles que apresentavam outros sintomas de TOC. A prevalência foi igual para homens e mulheres.²¹ Mais exemplos dessas obsessões incluem: olhar fixamente os órgãos genitais de outras pessoas; ter pensamentos ou impulsos de introduzir objetos no ânus ou na vagina; molestar sexualmente crianças; ter relação incestuosa com irmão, irmã, pais ou tíos; violentar sexualmente uma pessoa conhecida ou desconhecida; tocar nos órgãos genitais do bebê ao trocar as fraldas; praticar sexo violento ou perverso (p. ex., com animais); olhar para uma prostituta e pensar em se transformar em uma delas; fazer sexo com desconhecidos e ser observado por muitas pessoas; etc. Especialmente em pessoas moralistas, esses pensamentos são acompanhados de grande aflição, medo, culpa, dúvidas, rituais compulsivos, como checagens, e, sobretudo, comportamentos evitativos. Um paciente apresentava obsessões de molestar sexualmente sua irmã de 4 anos. Sentia muita culpa por seus “maus” pensamentos e em hipótese alguma admitia brincar com a irmã ou ficar a sós com ela. Outro passou a evitar chegar perto dos sobrinhos em razão de pensamentos de abusá-los. Conforme apontado, esses pensamentos causam muito constrangimento, pois as demais pessoas não compreendem os comportamentos de esquiva que são adotados.

Obsessões de conteúdo sexual repugnante devem ser distinguidas de manifestações sexuais normais e de sintomas de outros transtornos. Nas parafiliaias (perversões性uais), o indivíduo provoca de forma intencional as fantasias que o excitam sexualmente (egossintôni-

cas), tem despreocupação com a vítima e adota medidas práticas para se satisfazer, muitas vezes correndo riscos. Nos indivíduos com TOC, as obsessões de conteúdo sexual são egodistônicas, perturbadoras e desagradáveis, causam ansiedade, medo e culpa, contrariam os desejos e os valores morais do indivíduo, que adota medidas para proteger a possível vítima, evitando o contato ou se afastando.¹³ As fantasias sexuais normais são egossintônicas, prazerosas e eventualmente associadas a excitação sexual. São provocadas por algum estímulo adequado (pessoa, imagem) e induzem o desejo de aproximação, contato visual ou físico.

DÚVIDAS OBSESSIVAS EM RELAÇÃO A ORIENTAÇÃO SEXUAL E HOMOSSEXUALIDADE

Dúvidas em relação a ser ou não ou de poder um dia se tornar homossexual ou medo de que outras pessoas possam pensar que seja são comuns no TOC. Um estudo verificou que 8% dos indivíduos com o transtorno apresentavam dúvidas em relação à orientação sexual no momento presente e que 11,9% haviam apresentado esses sintomas ao longo da vida. Foram duas vezes mais frequentes em homens do que em mulheres.²²

A presença de dúvidas em relação à orientação sexual geralmente não é compreendida pelos indivíduos como um sintoma de TOC, mas interpretada de maneira equivocada como um indicativo de uma possível homossexualidade, de uma homossexualidade latente, que embora não se tenha manifestado até o presente, poderá eclodir a qualquer momento no futuro. “Não sou uma lésbica enrustida?” perguntava uma paciente. Tal possibilidade é encarada como um desastre pessoal e uma grande decepção para a família: “O que vai ser do meu pai se ele descobrir isso de mim?”. Em razão de tais significados catastróficos, as dúvidas se tornam associadas a angústia e medos

intensos, compulsões (checagens) destinadas a provar que não são verdadeiras e comportamentos evitativos em relação aos estímulos que as provocam. As dúvidas são ativadas por objetos, imagens, pessoas ou lugares associados à homossexualidade, como homens ou mulheres em poses provocativas ou que, pela aparência ou modo de se vestir, sugeram que possam ser gays ou lésbicas; por imagens de revistas, cenas de filmes; por lugares frequentados por gays ou por brinquedos sexuais, como o vibrador, etc. Eventualmente, o estímulo ativador das obsessões não tem nada a ver com a homossexualidade, como um amigo ou a irmã que sabidamente não são homossexuais. Com muita frequência, são acompanhadas de depressão e, às vezes, de ideias de suicídio, em razão da “tragédia” que significaria para o indivíduo caso se concretizassem.

Uma das consequências imediatas é tentar eliminar as dúvidas – pela busca de certeza de que a hipótese da homossexualidade não é verdadeira, de que nunca foi nem nunca será gay e de que seus temores nunca irão se concretizar, o que em geral é impossível, pois as premissas estabelecidas são falsas. Com a finalidade de obter essa certeza, os pacientes são compelidos a realizar “testes” muitas vezes exaustivos (verificações), como se masturbar compulsivamente olhando para a imagem de uma pessoa do mesmo sexo ou imaginando cenas de conteúdo homossexual ou tocar no próprio corpo para observar se sente alguma sensação prazerosa, que confirmaria a hipótese da homossexualidade. A consequência é que os testes ou as checagens, na maioria das vezes, não são convincentes, o resultado é ambíguo, a certeza não é obtida ou é de curta duração, e as dúvidas, bem como a necessidade de novos “testes” (verificações), se perpetuam. Um paciente masturbava-se compulsivamente, a ponto de se machucar, olhando para figuras masculinas a fim de ter certeza de que não se excitaria em tais circunstâncias, sem

nunca conseguir chegar a uma conclusão convincente.

Além das checagens, é comum a esquiva das situações que despertam as dúvidas, como ver filmes, folhear revistas que contêm pornografia ou imagens relacionadas à homossexualidade, evitar lugares frequentados por gays (saunas, bares, praças) ou até mesmo passar perto de pessoas do mesmo sexo. Um paciente evitava se aproximar de qualquer colega de aula, se isolava no recreio e não usava o banheiro do colégio. Em casa, evitava qualquer contato com o pai ou o irmão e exigia ter um banheiro exclusivo para não se contaminar com o que denominava “a bactéria de homem” e se tornar gay.

No TOC, a possibilidade de ser homossexual é absolutamente estranha ao indivíduo, à sua natureza, às suas inclinações性uais, que sempre foram dirigidas para indivíduos do sexo oposto. Além de serem acompanhadas de medo, angústia, checagens, evitações e, com frequência, depressão, tais dúvidas não estão associadas a quaisquer prazer (são egodistônicas), desejo, fantasias, atração sexual, planos e impulsos de conhecer ou de se envolver com pessoas do mesmo sexo, como ocorre na homossexualidade. A história pessoal também é incompatível com a hipótese da homossexualidade. Os lugares, as pessoas, as cenas ou as imagens que no TOC provocam angústia, nojo, repulsa e até pânico, em homossexuais são agradáveis, provocam excitação, fantasias, prazer e vão ao encontro dos desejos e da própria natureza do indivíduo (egossintônicas). No TOC, a hipótese é considerada antinatural e inaceitável e encarada como uma catástrofe pessoal e para a própria família.

OBSESSÕES DE CONTEÚDO BLASFEMO

Embora menos observadas na prática do que as obsessões de conteúdo violento ou sexual, no TOC, são comuns obsessões de conteúdo

blasfemo que contrariam os valores religiosos e morais do indivíduo relacionados a Deus, Jesus Cristo, Virgem Maria ou santos. Exemplos: imaginar-se praticando sexo com a Virgem Maria ou com algum(a) santo(a), impulso de fazer um gesto obsceno para Deus ou de dizer uma obscenidade ou um palavrão no momento mais solene da missa de domingo, etc. Um paciente acreditava estar condenado ao fogo do inferno porque sua mente era frequentemente invadida pelo pensamento de fazer sexo com a pomba do Espírito Santo. Outra era atormentada durante a reza da Ave Maria pelo pensamento intrusivo blasfemo: “O que é que você quer com essa Mulher?”. Pensamentos semelhantes podem ocorrer em relação a símbolos religiosos, como o crucifixo, o terço, ou à figura do demônio (medo de engravidar ou de ser possuída pelo demônio), a entidades ou a símbolos de outras religiões (p. ex., despachos).

As obsessões de conteúdo blasfemo provocam angústia muitas vezes intensa, culpa, em razão de interpretações negativas, medo dos castigos divinos – “Ter esses pensamentos significa que posso ser condenada ao fogo do inferno...”, bem como medidas para controlá-las e diminuir o desconforto. Em um primeiro momento, os indivíduos tentam afastá-las ou suprimi-las, sem sucesso. Curiosamente, essas tentativas provocam o efeito paradoxal de aumentar sua frequência e intensidade.^{23,24} Muitas vezes, as pessoas atormentadas por esses sintomas são muito religiosas e ficam particularmente chocadas com tais manifestações. Com frequência, são induzidas a executar rituais como trocar de roupa, rezar uma oração um determinado número de vezes, repetir certa palavra cujo conteúdo seja contrário ao do pensamento invasivo, confessar-se ou punir-se por meio de castigos corporais depois de serem perturbadas pelas intrusões. São comuns rituais de purificação, como lavar os olhos ou tomar banhos repetidamente. Uma

paciente tomava mais de 40 banhos por dia porque sua mente era invadida quase permanentemente por pensamentos blasfemos (fazer sexo com Jesus Cristo na cruz). Também são comuns atos mentais de neutralização, como pensar em Jesus Cristo depois de ter tido um pensamento com o demônio; comportamentos evitativos, como deixar de ir à igreja por medo de dizer blasfêmias, evitar passar por perto de pessoas ou casas de religião, de despachos na esquina, e até de olhá-los, para não ofender a Deus.

Obsessões de conteúdo blasfemo são interpretadas pelo indivíduo de forma catastrófica: como um indicativo de que não ama a Deus e de que poderá ser castigado por Ele. Essas interpretações negativas são reforçadas por ensinamentos religiosos, especialmente em pacientes escrupulosos. Obsessões de conteúdo blasfemo até há pouco eram vistas, e ainda o são, muitas vezes, como ofensas graves a Deus, aos santos, à Virgem Maria, e não raro consideradas “pecados mortais” que impedem o acesso à comunhão e passíveis de condenação eterna, caso não haja a confissão e o perdão.

ESCRUPULOSIDADE

Recentemente, a escrupulosidade foi incluída entre os sintomas do TOC. Refere-se à preocupação excessiva envolvendo temas religiosos ou questões morais, em particular dúvidas e medos excessivos de estar transgredindo algum preceito religioso, regra ou código, seguida de rituais. Pode assumir como tema dúvidas e ruminações obsessivas sobre possíveis transgressões a normas da religião: “Será que fiz a lista completa dos meus pecados para me confessar? Se omiti algum, como vou poder comungar estando em pecado?”, “Acho que cometi um pecado grave me masturbando em uma Sexta-feira Santa!”. As consequências são ansiedade, aflição, ruminações obsessivas, necessidade de confessar.

Às vezes, é um pouco difícil distinguir a escrupulosidade do TOC de fortes convicções religiosas. Pode auxiliar na distinção verificar se as práticas excedem os preceitos da própria religião (ser mais católico que o próprio Papa): por exemplo, se a religião manda não ingerir alimentos antes da comunhão, a pessoa escrupulosa acha que pode ser pecado engolir a própria saliva; se a preocupação principal é fazer uma oração de forma “correta” ou “perfeita” um determinado número de vezes; se a ênfase é maior em certos detalhes e menor no significado religioso ou em questões mais relevantes, como a prática do amor ao próximo, a ajuda aos necessitados; quando há preocupação excessiva em rezar ou se confessar de forma repetitiva e desnecessária (com o padre ou com as demais pessoas); ou repetidamente pedir perdão por pecados, falhas ou transgressões que já foram perdoados.²⁵

A escrupulosidade refere-se, ainda, a exigências excessivas envolvendo noções de certo/errado, preocupação excessiva em não prejudicar os outros, de ter cometido ou de cometer qualquer tipo de falha, associada, portanto ao excesso de responsabilidade e ao perfeccionismo.

PENSAMENTOS OBSESSIVOS SUPERSTICIOSOS E RITUAIS MÁGICOS

No TOC, são também muito comuns pensamentos obsessivos supersticiosos associados a rituais e principalmente comportamentos evitativos, que, além de causarem aflição, afetam, sobretudo, as rotinas e o dia a dia dos indivíduos em razão dos medos e das evitações. Esses pensamentos podem ser ativados por objetos, pessoas, locais. Exemplos de comportamentos evitativos: um paciente não lia obituários, não entrava em funerárias, não comparecia a velórios nem visitava cemitérios, pois acreditava que ele, ou alguém de sua fa-

mília, poderia ser o próximo a morrer (o próximo a ser chamado), caso praticasse algum desses atos; roupas pretas devem evitadas porque lembram morte, roupas vermelhas, porque lembram sangue, roupas usadas em um velório, porque podem dar azar, bem como as roupas usadas na ocasião de um acidente de carro. Cruzar com certas pessoas, como mendigos, pode dar azar, ou o indivíduo pode se transformar em um deles. É comum, no TOC, a crença de que existem números favoráveis, de sorte, e números de azar. Uma paciente não saía de casa nos dias 3, 13, 23, 30 e 31 e não visitava ninguém cujo apartamento ou casa contivesse algum desses números. Outro evitava deixar o volume da televisão, do aparelho de som ou do rádio do carro em certos números (9, 13, 19), que poderiam dar azar ou provocar acidentes.

Também é frequente a realização de rituais como forma de influenciar o futuro e impedir o azar: dar uma batida na mesa antes de iniciar uma tarefa, apagar e acender as luzes um número determinado de vezes, recitar uma frase ou reza, beijar repetidas vezes uma estatueta ou imagem de um santo protetor antes de se deitar, etc. Uma paciente não conseguia sair de casa sem tocar em uma lajota do pátio, pois acreditava que, se não o fizesse, a mãe adoeceria. Outro não podia ver na televisão uma pessoa que tivesse sofrido perda de algum familiar: vê-los significava que alguém de sua família poderia morrer. É comum, ainda, a necessidade de alinhar os sapatos, as roupas na cadeira ao lado da cama, os brincos na mesinha de cabeceira ou ir um determinado número de vezes ao banheiro antes de deitar para evitar desastres.

De acordo com o modelo cognitivo, subjacentes a esses sintomas estão crenças disfuncionais como excesso de responsabilidade (acreditar que tem a responsabilidade – e o poder – de prevenir desgraças), a crença no poder dos pensamentos (pensar em um even-

EXEMPLO DE OBSESSÕES SUPERSTICIOSAS

Uma paciente muito religiosa tinha preocupação excessiva com a possibilidade de entrar em contato com pessoas ligadas a religiões afro. Acreditava que cumprimentar tais indivíduos daria azar e que alguém de sua família poderia morrer. Em seu trabalho, um dos colegas era ligado a uma dessas religiões, motivo pelo qual não o cumprimentava e não usava o mesmo banheiro, como forma de evitar eventuais contatos, mesmo que indiretos. Utilizava luvas para usar o computador, mexer em papéis e tocar nas maçanetas das portas que imaginava terem sido tocados por ele. Lavava as mãos inúmeras vezes durante o trabalho, tomava banho e trocava de roupa imediatamente ao chegar em casa. Deixara de usar muitas roupas que usara no serviço, e que guardara em um armário isolado, pois usá-las “era o mesmo que tocar na referida pessoa”. A paciente era catequista em sua paróquia e acreditava que ao ter tais pensamentos e não conseguir afastá-los poderia estar cometendo um pecado grave, o que a levava a rezar de forma repetida e a pedir perdão a Deus muitas vezes. Sentia-se muito deprimida por não conseguir controlar tais pensamentos e estava a vários meses em licença do trabalho.

to catastrófico aumenta as chances de que ocorra, ou que pensar faz acontecer) e o pensamento mágico, segundo o qual se pode agir a distância, contrariando as leis da física, podendo-se controlar ou influenciar o futuro (para impedir ou provocar desgraças). São habituais também as crenças baseadas nas leis da magia simpática, segundo as quais certas propriedades são transmitidas pelo toque ou pela semelhança. De acordo com essas leis, um simples toque é suficiente para transmitir propriedades negativas (de provocar desgraças) a roupas, objetos, lugares; além disso, tocar em certas pessoas poderá fazer o indivíduo adquirir propriedades negativas (nunca positivas) ou se transformar em uma delas: “Se eu tocar em um mendigo, posso me transformar em um deles”.

No pensamento mágico, o paciente confunde a noção de causa e efeito; acredita que, pelo simples fato de dois acontecimentos ocorrerem ao mesmo tempo, podem ser causa um do outro. Por exemplo, o paciente que estava de camisa preta quando um amigo se acidentou e morreu pode pensar que a camisa preta provocou o acidente, ou que o time venceu porque estava usando a camisa 10. No TOC, esse tipo de raciocínio é invocado para explicar desastres, mas não o é para provocar acontecimentos positivos, como ganhar na loteria ou passar em um concurso.

➤ O MODELO COGNITIVO PARA AS OBSESSÕES DE CONTEÚDO INACEITÁVEL

Diversos modelos cognitivos do TOC formularam hipóteses sobre as origens das obsessões de conteúdo inaceitável. Em sua maioria, essas formulações propõem que:

- 1 pensamentos, imagens ou impulsos intrusivos e indesejados fazem parte da expe-

riência humana normal e estão presentes na população em geral;

- 2 as obsessões clínicas teriam origem nesses pensamentos intrusivos “normais”, que se transformariam em obsessões em razão de avaliações e interpretações negativas ou catastróficas relativas tanto ao seu conteúdo quanto à sua ocorrência e a eles associadas.

A proposição desse modelo foi feita por Rachman e de Silva² a partir de uma pesquisa realizada com estudantes universitários, profissionais liberais e da área da saúde na qual constataram que pensamentos intrusivos de conteúdo inaceitável eram relatados por 79,8% dos indivíduos normais e eram muito semelhantes em conteúdo aos relatados pelos que tinham TOC. De acordo com esses autores, os indivíduos com TOC interpretam tais pensamentos de forma negativa ou catastrófica: como um indicativo de que podem vir a cometê-los (“Ter esses pensamentos significa que algum dia posso vir a praticá-los”, “significa que posso me tornar um assassino... um homossexual...”, “um molestador de crianças...”) ou, ainda, como uma evidência de que características secretas do caráter da pessoa eventualmente poderiam emergir e se tornar dominantes.^{2,13} Portanto, são também responsáveis por impedir que tais riscos (ou desgraças) se concretizem. Essas interpretações seriam as responsáveis por tais pensamentos se tornarem proeminentes e por transformá-los em obsessões. São acompanhadas de medo, culpa e impelem o indivíduo a fazer algo, como tentar controlar os pensamentos invasivos, procurar afastá-los, lutar contra, para aliviar a aflição e afastar a ameaça. Tentar suprimir um pensamento, na verdade, significa dar importância a ele e provoca o efeito paradoxal de aumentar ainda mais sua frequência e sua intensidade.^{23,24} Além de tentar suprimir, o paciente é compelido a executar rituais (lavar-se, verifi-

car), evitar objetos ou lugares que ativam tais obsessões e usar as mais diversas formas de neutralização (rezar, repetir frases ou palavras, querer garantias). Geralmente, tais estratégias são inúteis, geram ainda mais aflição e culpa e acabam contribuindo para a perpetuação das obsessões.³

O modelo proposto por Rachman e De Silva,² também conhecido como o “modelo do significado”,⁵ foi ampliado posteriormente por Wegner – o efeito paradoxal de tentar suprimir os pensamentos – por Salkovskis,^{17,18} que valorizou o aspecto do excesso da responsabilidade, e por outros, que valorizaram as chamadas metacognições (pensamentos sobre os pensamentos) e as crenças disfuncionais relacionadas ao poder do pensamento, à fusão do pensamento e da ação.^{8,14} O modelo cognitivo das obsessões foi abordado mais extensamente no Capítulo 4.

➤ A TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL DOS PENSAMENTOS REPUGNANTES E MEDOS SUPERSTICIOSOS

A abordagem cognitivo-comportamental das obsessões de conteúdo repugnante tem algumas peculiaridades:

- 1 baseia-se no modelo cognitivo que atribui um papel fundamental às avaliações e às interpretações distorcidas dos pensamentos intrusivos (metacognições);
- 2 dá grande importância à psicoeducação, estratégia utilizada para o paciente melhorar seu *insight* e para ajudá-lo a corrigir suas avaliações e interpretações erradas dos seus pensamentos intrusivos;
- 3 recomenda o uso precoce de técnicas cognitivas para identificar e corrigir os erros de avaliação e interpretação e as crenças disfuncionais;

- 4 preocupa-se com a identificação de rituais (em especial rituais mentais), neutralizações e evitações associados aos pensamentos repugnantes (o mito de obsessões “puras”);
- 5 utiliza técnicas de EPR e experimentos comportamentais para tratar as evitações, os rituais e as neutralizações;
- 6 quando os sintomas são graves, recomenda-se a associação de medicamentos antiobsessivos.

► PSICOEDUCAÇÃO

É comum o paciente não perceber que pensamentos intrusivos de conteúdo inaceitável são manifestações do TOC. Também são frequentes as avaliações e interpretações erradas (metacognições) que faz desses fenômenos, o que, conforme se acredita, contribuiria para a sua transformação em obsessões. A psicoeducação possibilita ao paciente adquirir *insight* e vislumbrar uma explicação alternativa para seus pensamentos inaceitáveis, corrigir as crenças erradas e deixar de realizar os atos que contribuem para sua perpetuação. A psicoeducação pode ter início quando necessário, com a revisão de conceitos básicos: o que são obsessões, compulsões, evitações e neutralizações; o que são causas e o que são consequências, como e por que os sintomas do TOC se perpetuam, para, em um segundo momento, aplicar esses conceitos aos pensamentos repugnantes.

A TEORIA COGNITIVA PARA OS PENSAMENTOS REPUGNANTES

Depois de recapitular os conceitos básicos sobre o TOC, o terapeuta poderá adiantar uma informação de grande importância para o paciente: obsessões de conteúdo violento ou agressivo,性uais, incluindo dúvidas sobre a

orientação sexual, pensamentos blasfemos, são um sintoma muito comum do TOC e não representam nada mais do que um sintoma do transtorno. Para fundamentar essa afirmativa, poderá relatar os resultados de pesquisas que mostram a alta prevalência dessas obsessões em indivíduos com TOC apresentados no início deste capítulo. Poderá, ainda, adiantar que o problema não são os pensamentos repugnantes em si, mas a interpretação que é feita sobre eles. A partir de um ou mais exemplos de obsessões repugnantes relatadas pelo paciente, o terapeuta pode explorar as avaliações ou interpretações negativas sobre tais pensamentos com as perguntas: “O que significa para você ter esses pensamentos?”, “Se esse pensamento fosse verdade, o que isso significaria para você?” ou, ainda, “Por que são tão importantes?”. A resposta a essas questões possibilita esclarecer as interpretações distorcidas, as crenças disfuncionais subjacentes, como a fusão do pensamento e da ação, a crença no poder do pensamento, o pensamento mágico, e prosseguir na psicoeducação de forma prática. Pontos a serem destacados:

- 1 pensamentos involuntários de conteúdo repugnante são comuns a todos os indivíduos;
- 2 desaparecem espontaneamente quando não é atribuído a eles qualquer significado;
- 3 em indivíduos com TOC, assumem prioridade sobre outras preocupações por serem interpretados como sinal de ameaça, de fraqueza ou de perda de controle, ou indicativos de risco;
- 4 essas interpretações erradas provocam medo, ansiedade e culpa;
- 5 o indivíduo se obriga a fazer algo para afastar a ameaça e diminuir a ansiedade: lutar contra, tentar afastar, fazer rituais ou evitar as situações ou pessoas que ativam tais obsessões, o que paradoxalmente contribui para perpetuá-las.^{2,3,13}

Destaque deve ser dado para o fato bem estabelecido de que tentar suprimir os pensamentos indesejáveis aumenta sua frequência e intensidade. Uma breve explanação pode ser feita sobre a teoria do efeito paradoxal de tentar suprimir um pensamento – o Efeito Urso Branco (descrito no Cap. 4, p. 91). O terapeuta deve investigar o quanto o paciente tenta afastar seus pensamentos e como interpreta catastroficamente o fracasso em controlá-los (“Acho que estou enlouquecendo!”). Com base nessas informações, irá orientá-lo a não lutar contra eles e a não tentar afastá-los. Se não der importância, desaparecerão mais rapidamente.

PACIENTES COM TOC PODEM PRATICAR SEUS PENSAMENTOS OBSESSIVOS?

Pacientes com obsessões repugnantes perturbam-se com a ideia de que podem se tornar violentos, abusadores sexuais, ou de que suas dúvidas homossexuais indicam um risco de serem ou de virem a se tornar homossexuais e necessitam reassegurar-se de que não existe tal risco. É útil o paciente compreender que a conexão entre um pensamento e a ação é indireta. Numerosos fatores determinam se alguém vai transformar um pensamento ou impulso em uma ação. É necessário, além de pensar, desejar, sentir vontade ou prazer com a perspectiva de realizar o ato, planejar, decidir e finalmente executar.¹⁴ NO TOC, os pensamentos intrusivos indesejados são associados a medo ou repulsa, não são em absoluto prazerosos, alguns são verdadeiramente chocantes ou horríveis e são considerados completamente estranhos à pessoa e à sua maneira habitual de pensar e de se comportar. Os indivíduos com TOC não têm, nem nunca tiveram, qualquer desejo, intenção ou plano de praticá-los. Pelo contrário, todos os seus atos são no sentido de que os pensamentos repugnantes não aconteçam em hipótese alguma: procura

afastá-los, suprimi-los, e evita as situações que os provocam. Indivíduos potencialmente agressivos planejam tais ações, sentem certo prazer mórbido em executá-las ou têm história de agir por impulso. Compreender essa diferença é fundamental para reduzir a importância atribuída aos pensamentos intrusivos, parar de lutar contra, de tentar afastá-los, interrompendo, com isso, um dos mecanismos que contribuem para sua perpetuação. É importante, ainda, o terapeuta não tentar tranquilizar o paciente oferecendo garantias (ou 100% de certeza) de que não irá praticar o que lhe passa pela cabeça (ou de que não está em risco de se tornar homossexual). A garantia deve ser apenas de que os pensamentos persistirão (e com eles o TOC) se continuar lutando contra eles. Vale a pena repassar ao paciente a lista apresentada a seguir.

ATITUDES QUE AJUDAM A MANTER OU A DIMINUIR AS OBSESSÕES INACEITÁVEIS

Ajudam a manter:

- 1 Vigiar os pensamentos repugnantes e tentar suprimi-los.
- 2 Executar rituais para anular os pensamentos (rezar, lavar-se, fazer verificações).
- 3 Evitar situações, objetos ou pessoas que provocam as obsessões.
- 4 Executar manobras destinadas a neutralizá-los (substituir um pensamento ruim por um bom, fazer gestos, repetir uma determinada palavra).

Ajudam a diminuir:

- 1 Aceitar os pensamentos repugnantes como um sintoma do TOC.²⁶
- 2 Não dar importância, não vigiar, não lutar contra, não tentar afastar ou interromper os pensamentos indesejáveis.

- 3 Resistir a fazer qualquer tipo de ritual e se expor aos objetos, aos lugares ou às pessoas que provocam as obsessões.
- 4 Não querer ter certeza de que os pensamentos não são verdadeiros fazendo “testes” ou repassando argumentos para si mesmo (ruminação).
- 5 Procurar distrair-se e focar a atenção em outros estímulos.²⁶

➤ TÉCNICAS COGNITIVAS E COMPORTAMENTAIS PARA OBSESSÕES DE CONTEÚDO REPUGNANTE

Quando o paciente apresenta predominantemente obsessões repugnantes, e se elas são graves, talvez seja necessário utilizar intervenções cognitivas, após realizar a psicoeducação e antes mesmo dos exercícios comportamentais de EPR. O uso dessas intervenções pressupõe que o paciente tenha conseguido compreender o modelo cognitivo para esses sintomas e seja capaz identificar seus pensamentos intrusivos inaceitáveis, bem como as interpretações negativas associadas. O ideal é que consiga realizar alguns registros desses pensamentos disfuncionais (RPD), de acordo com o que foi descrito no Capítulo 6, p. 122-123, os quais constituem a matéria-prima para as intervenções cognitivas. No registro, é importante que identifique claramente a situação ativadora, o pensamento intrusivo, as consequências imaginadas, bem como a avaliação errada subjacente, do tipo: “Ter esse pensamento significa que eu tenho um desvio de caráter” ou, ainda, “Estou com medo de vir a esfaquear minha mãe! Não posso mais chegar perto dela!”, “Ter esses pensamentos significa que sou um homicida em potencial”, “Significa que posso ser um homossexual enrulado!”.

EXAME DE EVIDÊNCIAS OU QUESTIONAMENTO SÓCRATICO

Para realizar o exame de evidências ou o questionamento socrático, o pensamento intrusivo ou a avaliação errada do significado (metacognição) deve ser destacado pelo terapeuta. Para iniciar o questionamento, proporá ao paciente considerar o pensamento ou a avaliação errada mera hipótese e solicitará que aponte as evidências que apoiam ou contrariam tais pensamentos e avaliações. As evidências podem ser examinadas em relação a fatos presentes e passados da vida.

Como evidências do momento presente, a favor ou contra a plausibilidade dos pensamentos intrusivos, poderão ser levados em conta os sentimentos, os desejos (ou repulsa) associados ao pensamento intrusivo; se planejou ou não ações para colocá-los em prática; como se sentiria caso praticasse o que lhe passa pela cabeça (sentimentos associados); e se tais pensamentos são coerentes ou não com seus valores morais e com seus desejos. Alguns exemplos de questionamento socrático ou exame de evidências são apresentados a seguir:

- A ideia de praticar ou cometer o que lhe passa pela cabeça (ser homossexual, atropelar um pedestre) o agrada, deixa excitado, ou o atormenta, causa medo, nojo, culpa, aflição ou repugnância?
- Sente real desejo de pôr em prática o que pensa, ou essa possibilidade provoca forte repugnância e o deixa assustado? Por exemplo: o pensamento de... (dar exemplos do próprio paciente).
- Vem planejando cometer ou praticar o que lhe passa pela cabeça, ou isso provoca repugnância e nunca fez plano algum?
- Como imagina que se sentiria caso praticasse o que lhe passa pela cabeça? Satisfeito, tranquilo, ou chocado, arrasado, culpado?

- O pensamento que o atormenta está em acordo (é coerente) ou em desacordo com o que você acha certo ou errado, com seus valores morais ou com o que você de fato gostaria de praticar? É coerente com sua natureza ou é estranho?

Alguns desses questionamentos podem ser repetidos em relação a situações passadas da vida: existem evidências (fatos) em sua vida pretérita de ter desejado e cometido atos violentos contra outras pessoas ou pessoas de sua família? Em relação à orientação sexual, no passado, sentiu fantasias ou desejos sexuais, envolveu-se ou tentou se envolver com pessoas do mesmo sexo? Sentia satisfação nesses envolvimentos? Ou nunca apresentou tais desejos, fantasias e nem nunca se envolveu com indivíduos do mesmo sexo? Se todas as evidências são contrárias, qual a explicação mais plausível para tais sintomas?

TÉCNICA DAS DUAS TEORIAS, OU DUAS HIPÓTESES

Uma forma mais simples de fazer o questionamento é por meio da técnica das duas hipóteses, ou duas teorias, descrita com detalhes no Capítulo 6, p. 125-126. Resumidamente: “Nós temos duas hipóteses para explicar o que ocorre com você. Você é um verdadeiro homossexual e deve assumir sua homossexualidade (ou um homicida em potencial, devendo solicitar ajuda), ou você tem essas dúvidas porque tem TOC? Qual das duas hipóteses é a mais provável?”.

TÉCNICAS COMPORTAMENTAIS DE EXPOSIÇÃO E PREVENÇÃO DE RESPOSTA (OU RITUAIS)

Pensamentos repugnantes, como regra, são acompanhados de evitações, rituais e neutralizações, geralmente relacionados a lugares,

objetos ou pessoas que ativam as obsessões e que uma vez identificados são matéria-prima da terapia de EPR. No tratamento desses sintomas, vale a regra de que o paciente deve se expor a tudo o que lhe provoca medo, aversão e/ou evitar e se abster de praticar qualquer ato destinado a proporcionar alívio, diminuir a responsabilidade, reduzir ou afastar a ameaça. A seguir, é apresentada a abordagem das principais obsessões repugnantes.

➤ TCC PARA OBSESSÕES REPUGNANTES DE CONTEÚDO AGRESSIVO OU SEXUAL

O primeiro passo ao iniciar a terapia é identificar os objetos, os locais e as situações que provocam as obsessões para depois identificar os rituais, incluindo os rituais mentais, as neutralizações, os rituais sutis ou encobertos, bem como os comportamentos evitativos, o que permitirá o planejamento dos exercícios cognitivos e de EPR, conforme já mencionado. Uma vez que o paciente tenha compreendido o modelo cognitivo e aceito a explicação alternativa (suas intrusões são apenas sintomas do TOC), em razão do uso das técnicas cognitivas descritas anteriormente, são programados os exercícios de EPR, de acordo com as mesmas regras descritas no Capítulo 8. É interessante, sempre que possível, que sejam graduais e que o paciente acredite ser capaz de realizá-los.

EXPOSIÇÃO E PREVENÇÃO DE RESPOSTA

Pacientes com obsessões de conteúdo violento ou sexual, em geral, têm comportamentos evitativos, como se afastar de pedestres, guardar facas, tesouras, deixar de brincar com os próprios filhos ou até evitar se aproximar do próprio cônjuge. Com muita frequência, executam rituais, especialmente checagens, para ter ga-

rantias de que não cometaram ou de que não irão cometer determinado ato violento ou agressivo. Exemplos desses comportamentos incluem vigiar no espelho do retrovisor ou dar a volta na quadra para verificar se não atropelou um pedestre, verificar folhas de papel, documentos ou *e-mails* para ter certeza de que não escreveu nada de inconveniente, etc. Esses pacientes podem apresentar, também, pensamentos de abusar sexualmente de pessoas muito próximas – como a filha ou a irmã ou as crianças no parque – seguidos de comportamentos evitativos. Um avô passara a evitar seu neto desde que passou a ser atormentado pelo pensamento de abaixar suas calças. Uma vez identificados os rituais e as evitações, são sugeridos os exercícios de EPR.

Muitos desses pacientes demonstram ansiedade intensa quando o terapeuta lhes propõe tais exercícios e são levados a solicitar garantias de que não irão cometer o que lhes passa pela cabeça. Por mais paradoxal que pareça, é importante se abster de oferecer tais garantias. Uma possível resposta é: “O que eu posso lhe garantir é que, se você não enfrentar esses seus medos, continuará sendo perturbado por esses pensamentos”. Caso o paciente ainda se mostre relutante, poderá repetir o exame de evidências (planos, desejos e sentimentos associados, etc.) e/ou a técnica das duas hipóteses, conforme explicado anteriormente. Para obsessões de conteúdo sexual ou agressivo, pode ser utilizada a exposição na imaginação.

EXEMPLOS

Um paciente era atormentado por pensamentos de esgoelar seu filho de 4 anos e esfaqueá-lo. Desde que surgiram tais pensamentos, evitava chegar perto e brincar com ele. Depois de compreender, na psicoeducação, que tais pensamentos eram apenas sintomas do TOC, foi orientado a brincar com o filho no tapete, tocar com as mãos em seu pescoço e manusear facas em sua presença.

Uma paciente sentia-se muito envergonhada, a ponto de ficar ruborizada, só pelo fato de relatar seu impulso de fixar os olhos nos órgãos genitais masculinos. O exercício prescrito foi o de ir repetidas vezes a uma banca e folhear revistas de nus masculinos, olhando demoradamente os órgãos genitais nas fotografias, até sua aflição desaparecer.

Um jovem pai tinha sua mente invadida pelo pensamento de abusar sexualmente (tocar nos órgãos genitais) de sua filha, um bebê de 6 meses, o que o deixava horrorizado, a ponto de não mais trocar as fraldas ou pegá-la no colo. Estava apavorado, pois comentara tais pensamentos com a esposa, que imediatamente tomou a criança nos braços e saiu de casa. A compreensão, por parte do casal, do que significavam tais obsessões, de que tê-las nada tinha a ver com cometê-las, combinada a exercícios de exposição, em que o paciente voltara a segurar o bebê no colo e a trocar fraldas, além da orientação de não dar importância a seus pensamentos e deixar de vigiá-los, foi suficiente para eliminar por completo tais obsessões, para a esposa aceitar voltar para casa e permitir que o marido voltasse a cuidar do bebê.

ESCREVER OU GRAVAR UMA HISTÓRIA HORRÍVEL

Uma modalidade de exposição para obsessões de conteúdo sexual ou agressivo é escrever ou gravar uma pequena história, com todos os detalhes de um ato horrível imaginado, de mais ou menos uma página, na qual o próprio paciente “comete” seus pensamentos inaceitáveis. A história deve conter todos os detalhes mais chocantes da cena, especialmente aspectos da “vítima”, incluindo a sequência de acontecimentos posteriores. Uma vez escrita a “história horrível”, o paciente poderá gravá-la e programar-se para repetir a leitura ou ouvir a gravação várias vezes, em diversas ocasiões ao longo do dia (de 5 a 10 vezes, em três ocasiões por dia), durante vários dias, até a aflição desaparecer por completo ou até o exercício não provocar mais qualquer desconforto (habitua-

ção pela leitura ou pela audição). Se a obsessão for uma palavra, nome de uma pessoa ou frase que não pode ser pronunciada, o exercício pode ser preencher uma ou mais folhas de papel com tal palavra tabu.

Eventualmente, as cenas imaginadas provocam aflição intolerável. Nesse caso, o paciente e o terapeuta devem combinar um *script* que produza menos ansiedade. Pode ocorrer, ainda, que o exercício não produza nenhuma ansiedade. É possível que a cena imaginada não tenha nada a ver com o paciente em particular, que não se sente incluso na história, ou que as cenas imaginadas não sejam suficientemente vívidas ou aterrorizadoras para produzir algum grau de ansiedade. Nesse caso, não vale a pena insistir no exercício. Deve-se pensar em outra estratégia de exposição que de fato provoque desconforto, para que possa ocorrer habituação.

EXEMPLO DE HISTÓRIA HORRÍVEL

“À noite, enquanto todos estão dormindo, acordo, vou até a cozinha e abro a gaveta dos facões. Escolho, entre eles, o maior, de 30 a 40 cm. Afio o facão muito bem. Pego também a tesoura. Primeiro, vou ao quarto do meu pai e corto sua garganta. Em seguida, corro a artéria da virilha, para ocorrer uma grande hemorragia. Sei que assim não sobreviverá. Depois, corro a garganta do meu irmão. Dou, ainda, diversas punhaladas no peito dos dois. Abro a cabeça deles, picotando com o facão freneticamente. Tiro o cérebro e os olhos. Depois disso, faço algo parecido com uma necropsia. Corto o corpo deles em forma de Y e retiro todas as vísceras em um bloco só. Os corpos viram pedaços de carne. Espalho os pedaços pela casa e coloco partes no forno para assar. Vou ao apartamento ao lado, pois tenho a chave. Faço o mesmo com a vizinha. Corto o pescoço, pico a cabeça, perfuro o peito e extraio as vísceras. Tudo vai para o forno, e sinto um grande prazer em fazê-lo, o que é o mais apavorante. Mas, depois de certo tempo, me arrependo. Tento me matar, cortando meu pescoço, mas não consigo dessa forma. Atiro-me da janela de cabeça para baixo. Caio, espatifo minha cabeça e morro.”

➤ TCC DE PACIENTES COM DÚVIDAS SOBRE A ORIENTAÇÃO SEXUAL

Pacientes com dúvidas em relação à orientação sexual (ser ou não ser homossexual) têm suas obsessões ativadas por situações, objetos, locais ou pessoas, muitas vezes por pessoas da própria família ou até por objetos comuns. Um paciente era perturbado por essas obsessões quando se aproximava do pai ou do irmão. Em outro, as obsessões iniciaram quando se excitou durante uma cena de homossexualidade do filme *Brokeback Mountain*. Depois desse fato, passou a evitar filmes que contivessem cenas homossexuais. Pacientes com essas dúvidas apresentam muitos comportamentos evitativos e rituais, como deixar de ir a lugares que possam ser frequentados por gays ou lésbicas, evitar se aproximar dos colegas no colégio, tocar em objetos ou ver fotografias que

ativem suas obsessões. É comum, ainda, que façam “testes”, geralmente inconclusivos, para “ter certeza” de que não são gays. Nesses pacientes, é interessante, antes dos exercícios de EPR, reforçar a psicoeducação, que tem por objetivo levá-los a aceitar uma explicação alternativa para suas dúvidas: de que suas dúvidas sobre ser ou não ser homossexuais são manifestações (sintomas) do TOC, e não indicativos de homossexualidade latente. O terapeuta poderá utilizar o exercício das duas hipóteses, colocando essas duas alternativas como hipóteses, examinando as evidências a favor e contra cada uma delas, tanto no momento presente quanto ao longo da história passada, conforme descrito anteriormente. Uma pergunta simples pode facilitar esse exame: “Que comportamentos, sentimentos ou fantasias indicam que alguém é homossexual? É o seu caso?”. Esse exame de evidências, muitas vezes, necessita ser repetido inúmeras vezes. O

EXEMPLO

Um paciente de 45 anos passara a ser perturbado pela dúvida de ser ou não homossexual. Tais dúvidas surgiram durante o banho, quando tivera uma sensação agradável ao tocar no ânus, a qual interpretara como um indicativo de alguma inclinação homossexual latente. Mais tarde, tocara outra vez, para ter certeza da sensação. Como se perturbara muito, desde então evitava tocar na região. Mais recentemente, ao avistar objetos como desodorantes, canetas e estatuetas, ocorria-lhe a ideia de introduzi-los no ânus, como para testar se iria sentir ou não algum prazer, pensamento que considerava verdadeira aberração e que o deixava chocado. Tinha a hipótese de que, caso viesse a sentir qualquer sensação prazerosa, seria a prova de sua suposta homossexualidade. Desde então, passara a guardar tais objetos em gavetas, para não tocá-los em hipótese alguma e não ser perturbado por tais pensamentos. Com frequência, lhe ocorria a ideia de cometer suicídio como forma de acabar com seu sofrimento. Descobrir-se homossexual seria a maior tragédia que poderia lhe ocorrer. Esse paciente respondeu bem à reestruturação cognitiva (psicoeducação – o que caracteriza um homossexual, exame de evidências, aceitar conviver com a dúvida e desistir de querer ter certeza) e a técnicas comportamentais (abandonar os “testes” ou checagens e fazer exposições – tocar nos objetos, ir a lugares frequentados por homossexuais, aproximar-se deles).

objetivo é que aceitem essas dúvidas obsessivas como manifestações do TOC, convivam com elas, não deem importância, não lutem contra e deixem de tentar se convencer de que não são verdadeiras.

A segunda meta é conseguir que o paciente compreenda a inutilidade e a impossibilidade de se ter certeza absoluta. Um paciente afirmava que gostaria de chegar logo a uma conclusão, mesmo que fosse a de que era homossexual, ideia que lhe provocava verdadeiro horror, porque, como referia, “muito pior é ficar com essa dúvida”. Às vezes, a dúvida é em relação a se tornar homossexual no futuro. O que o terapeuta pode fazer, nessas circunstâncias, é auxiliá-lo a compreender que, em muitas questões envolvendo o futuro, entre elas a questão da opção sexual, é impossível se ter 100% de certeza, e o melhor é desistir de atingi-la. O referido paciente tranquilizou-se quando o terapeuta comentou com humor: “Certeza, mesmo, é de que iremos morrer. Sobre tornar-se ou não homossexual um dia, nem eu mesmo posso me garantir!”.

Uma vez feita a reestruturação cognitiva, identificados os rituais e as evitações, são programados exercícios de EPR. Alguns exemplos de exposição para pacientes com dúvidas obsessivas em relação à orientação sexual consiste em olhar demoradamente fotografias de homens ou mulheres *gays* em revistas ou *sites*; assistir aos filmes *Milk* ou *Brokeback Mountain*; falar com homem ou mulher atraentes; visitar uma praça frequentada por *gays*; ver pornografia homossexual; ir a um bar ou sauna frequentados por *gays*; falar com homens ou mulheres homossexuais, etc.²⁷

► TCC PARA OBSESSÕES DE CONTEÚDO BLASFEMO

Na abordagem de obsessões de conteúdo blasfemo, como nos casos anteriores, é fundamen-

tal a psicoeducação, com a finalidade de o paciente compreender o tipo de fenômeno de que se trata. Atenção especial deve ser dada à distorção cognitiva de fusão do pensamento e da ação, em especial no que se refere à fusão moral, de que pensar equivale moralmente a desejar ou cometer (é tão grave quanto). A questão da intencionalidade aqui é relevante, para separar blasfêmias praticadas com a intenção de ofender a Deus, egossintônicas, de pensamentos intrusivos involuntários, não intencionais, que fogem do controle da pessoa, egodistônicos, e que causam sofrimento pois contrariam princípios éticos e religiosos. É importante o paciente compreender que são apenas sintomas do TOC e, como ocorre com as demais obsessões, que é contraprodutivo vigiá-los, lutar contra ou tentar afastá-los. O terapeuta deve ter o cuidado de respeitar as convicções e as crenças religiosas do paciente e eventualmente utilizá-las destacando contradições entre seus medos de castigo divino e sua crença de que Deus é um ser bondoso e misericordioso, por outro lado.

Como forma de se expor aos pensamentos blasfemos, pode-se solicitar ao paciente que repita, de forma intencional (mentalmente ou em voz alta), ou que escreva várias vezes (preenchendo por completo uma folha de papel) palavras, nomes ou frases de conteúdo blasfemo ou tabu que evita ou que não podem ser pronunciados porque provocam medo e culpa, ou, ainda, que imagine uma cena blasfema e a mantenha na consciência durante o tempo necessário para a aflição desaparecer. Além da exposição na imaginação, deve ser feita a exposição ao vivo. Pode-se solicitar ao paciente que frequente lugares a que tenha deixado de ir (como a igreja), que toque em objetos (p. ex., o crucifixo, o terço, fotografias ou imagens) que ativam suas obsessões, etc. Também devem ser identificados os rituais praticados, como rezas, banhos, lavações, trocas de roupa, e solicitado que se abstenha de executá-los.

PENSAMENTO BLASFEMO: UM EXEMPLO PRÁTICO

Uma paciente muito religiosa era atormentada pela lembrança e pela possibilidade de pronunciar a palavra “demônio”, pois acreditava que essa lembrança era sacrilégio. Quanto mais tentava afastar tais pensamentos, mais persistentes eles se tornavam. No seu entender, sua preocupação com a referida palavra significava que gostava do demônio e que, portanto, não amava a Deus. Acreditava, por esse motivo, que poderia ser condenada ao fogo do inferno. Em certo momento, chegou a ter certeza dessa condenação, o que a levou a grande desespero, depressão e vontade de morrer, pois a vida ficara insuportável. Com base na identificação dos pensamentos intrusivos, foram feitos o questionamento socrático e o exercício das duas teorias, da seguinte forma:

- Ter esses pensamentos é uma prova de que não ama a Deus ou de que tem TOC? O que é mais provável?
- Há evidências de que deixou de amar a Deus, ou existe uma explicação alternativa?
- Se Deus é justo e bondoso, irá condená-la por algo que ocorre contra sua vontade, que não deseja, mas que não consegue controlar, mesmo fazendo tudo o que está ao seu alcance para isso?

Depois desses questionamentos, a paciente aceitou realizar exposições, como preencher uma folha inteira com a palavra “demônio”. Consegiu também pronunciá-la, tendo melhorado de suas obsessões.

➤ TCC PARA OBSESSÕES E RITUAIS DE CONTEÚDO SUPERSTICIOSO

O uso de técnicas cognitivas, como questionar a plausibilidade de um pensamento supersticio-

cioso, de modo geral, tem pouco impacto sobre o comportamento do paciente porque eles costumam reconhecer que seus medos não têm fundamento, mas nem por isso estão dispostos a enfrentá-los. São convicções sem lógica, que se baseiam no pensamento mágico ou nas leis da magia simpática do contato e da semelhança e que não se alteram por um argumento racional ou lógico. A questão ainda é mais complexa se os desastres previstos (e que devem ser prevenidos por um ritual mágico) situam-se em um futuro distante. O terapeuta deve evitar buscar evidências ou oferecer garantias de que tais eventos jamais irão ocorrer com o objetivo de tranquilizar o paciente. A ênfase deve ser em auxiliá-lo a conviver com a incerteza, a aprender a lidar com situações em que eventualmente tais eventos (morte, doença na família) possam de fato acontecer. Para essas manifestações, as técnicas comportamentais de exposição e prevenção de resposta e, sobretudo, os testes comportamentais são os exercícios mais efetivos.

TÉCNICAS COGNITIVAS

Algumas intervenções cognitivas podem ser úteis, como o questionamento da crença errônea de que possa existir uma relação de causa e efeito entre pensar e acontecer (poder do pensamento ou de que pensar pode fazer acontecer). Para abalar essas convicções, o terapeuta pode desafiar o paciente a provar que tem o poder de influenciar o futuro, de impedir ou de provocar desgraças ou de agir a distância ou contrariando as leis da física e as contradições inerentes a essas crenças. Se tem esse poder, por que é apenas em relação a acontecimentos negativos, e não a positivos? Ou por que acredita, por exemplo, que o toque transmite propriedades negativas, forças ou poderes malignos, e não propriedades positivas?

No tratamento dos pensamentos supersticiosos, é importante identificar a crença sub-

jacente aos sintomas (rituais supersticiosos, evitações) sob a forma de crença central ou intermediária: “O avião em que meu pai está viajando pode cair porque não paro de pensar no acidente de avião que aconteceu no mês passado”, “Se eu não fizer o sinal da cruz ao passar diante de uma igreja, vai acontecer alguma desgraça” ou, ainda, “Se eu olhar para um despacho na rua, pode me acontecer uma coisa muito ruim”. O paciente é convidado a considerar sua crença supersticiosa como uma mera hipótese e a concordar em realizar um ou mais testes que, na verdade, são exposições e prevenções de rituais, para verificar se a desgraça acontece ou não e, por conseguinte, se a crença é verdadeira ou falsa.

EXPOSIÇÃO E PREVENÇÃO DE RITUAIS DE CONTEÚDO SUPERSTICIOSO

Rituais de conteúdo mágico e evitações são inúmeros e muito comuns em indivíduos com TOC. Devem ser diferenciados de superstições e de credícies populares, que não comprometem as rotinas diárias e não são acompanhadas de níveis elevados de ansiedade se contrariadas. Devem ser claramente identificados na terapia para que possam ser programados os exercícios de EPR. Os exercícios fazem sentido se provocam medo ou ansiedade. Alguns exemplos de exposições incluem: visitar cemitérios, ler obituários, ir a velórios, entrar em funerárias, usar roupas pretas, marrons ou vermelhas (há pessoas que acreditam que essas cores dão azar), deixar os chinelos virados, passar debaixo de escadas, fazer visitas em dias de azar (3, 13, 23), deixar o volume do som do carro ou da televisão em um número considerado de azar, realizar um trajeto que “pode dar azar”, pisar nas juntas das lajotas da calçada, pisar com o pé esquerdo na escada rolante do *shopping*, comer determinadas frutas ou de-

terminadas associações de frutas, como manga com leite, uva com melancia (medo de passar mal, de morrer ou de parar de respirar), etc. Exemplos de prevenção de rituais incluem: abster-se de tocar em um objeto, na mesa, na parede ou na madeira antes de sair de casa; não alinhar os chinelos ao pé da cama ou os livros na estante antes de deitar; não somar as placas dos carros; não fazer contagens para dar um número de sorte enquanto toma banho; não lavar os olhos ou tomar banho depois de ver algo que acredita que possa dar azar, etc. Abster-se de repetir determinados comportamentos, como apagar e acender as luzes; entrar e sair de um programa no computador; enxaguar-se, passar o sabonete, o xampu ou a toalha em um certo número de vezes; fazer certos rituais antes de deitar (rezar, ir ao banheiro um número determinado número de vezes), etc.

EXPERIMENTOS COMPORTAMENTAIS

Muitas vezes, não há outra forma de corrigir pensamentos supersticiosos a não ser testando-os mediante experimentos comportamentais, considerados por alguns autores o recurso mais efetivo que existe para se produzir mudança cognitiva e comportamental.⁵ Podem ser propostos experimentos comportamentais fora do contexto clínico, tais como:

- 1 Experimento de predição ou premonição: solicitar ao paciente que pense em uma celebridade e imagine que ela vá sofrer um acidente grave (de carro, queda de avião, etc.). No dia seguinte, verificar se de fato aconteceu.
- 2 Experimento do poder do pensamento: pensar em um acontecimento positivo e verificar se ele acontece, como comprar um bilhete de loteria e pensar que vai ga-

nhar o prêmio principal e depois confirmar se de fato ganhou (se tem o poder de fazer isso acontecer).⁵ Caso fosse tão poderoso, deveria também ser capaz de fazer acontecer coisas boas, e não apenas desgraças. No contexto clínico, os experimentos comportamentais envolvem exposição e abstenção de executar rituais.

USO ASSOCIADO DE MEDICAMENTOS ANTOBSESSIVOS

Em pacientes que apresentam obsessões de conteúdo inaceitável, é comum que os sintomas sejam de intensidade grave, associados a níveis elevados de ansiedade, culpa e depressão. Quando não existem contraindicações, além da TCC, é recomendável a administração concomitante de medicamentos antiobsessivos.

R E S U M O E D E S T A Q U E S

- Pensamentos, impulsos ou imagens inaceitáveis e repugnantes, de conteúdo agressivo, violento, sexual, blasfemo ou supersticioso, com muita frequência atormentam os indivíduos com TOC e os induzem a adotar medidas para afastá-los.
- As obsessões clínicas teriam sua origem em pensamentos intrusivos “normais”. Em indivíduos sensíveis, estes seriam transformados em obsessões devido a avaliações e interpretações negativas ou catastróficas associadas a tais pensamentos. Essas avaliações distorcidas seriam as responsáveis pela ansiedade, pelo medo, por tentativas de afastá-las ou suprimi-las, bem como por rituais, evitações, neutralizações e hipervigilância, que, além de ineficazes, contribuem para sua intensidade e perpetuação.
- Vigiar os pensamentos intrusivos indesejáveis e tentar suprimi-los produz o efeito paradoxal de aumentar sua intensidade e frequência (Efeito Urso Branco).
- As distorções cognitivas mais comuns subjacentes às obsessões de conteúdo inaceitável são fusão do pensamento e da ação (pensar equivale moralmente a praticar – fusão de moralidade) e acreditar no poder do pensamento (pensar pode fazer acontecer – fusão de probabilidade) e na necessidade de controlá-lo (vigiar os pensamentos possibilita afastá-los – a hipervigilância). Os pensamentos supersticiosos baseiam-se nas leis do pensamento mágico – poder agir a distância ou no futuro, tomar dois fatos que ocorrem simultaneamente como causa e efeito – e nas leis da magia simpática de transmissão de propriedades pelo toque e pela semelhança.
- Uma etapa importante da TCC é a psicoeducação. Ela possibilita ao paciente que compreenda seus erros de avaliação, o papel dos rituais, das evitações e da hipervigilância para sua origem e sobretudo a manutenção dos pensamentos indesejáveis, bem como da inutilidade das tentativas de tentar controlá-los.

TOCTOC TOCTOC TOCTOC TOCTOC TOCTOC TOCTOC TOCTOC

- Ainda na psicoeducação, o paciente é orientado a aceitar seus pensamentos indesejáveis, a não vigiar, não lutar contra, não dar importância, não tentar afastá-los ou interrompê-los, a resistir aos rituais e a se expor aos objetos, aos lugares, às situações ou às pessoas que provocam suas obsessões.
 - A TCC, diferentemente do que é feito na abordagem de outros sintomas (p. ex., medos de contaminação), inicia com técnicas cognitivas, como o exame de evidências, para corrigir os erros de avaliação e de interpretação dos pensamentos indesejáveis e aceitá-los como manifestações do TOC, e não como indicativos de risco, para, em um segundo momento, introduzir os exercícios de EPR e experimentos comportamentais.
 - O exame de evidências é pouco efetivo em pacientes com obsessões de conteúdo supersticioso em razão de estes se guiarem pelas leis do pensamento mágico e da magia simpática. Entretanto, eles podem ser desafiados em relação a crenças no poder do pensamento (pensar pode provocar, agir no futuro). Para esses pacientes, são efetivas as técnicas de exposição (na imaginação, virtuais e ao vivo), prevenção de rituais e, sobretudo, os experimentos comportamentais.
 - Deve-se evitar dar garantias ao paciente de que seus medos são infundados e de que as ameaças não têm chances de acontecer. É importante que ele aprenda a conviver com incertezas.

> REFERÊNCIAS

1. Ruscio AM, Stein DJ, Chiu WT, Kessler RC. The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Mol Psychiatr*. 2010;15:53-63.

2. Rachman S, de Silva P. Abnormal and normal obsessions. *Behav Res Ther*. 1978;16(4):233-48.

3. Rachman S. A cognitive theory of obsessions. *Behav Res Ther*. 1997;35(9):793-802.

4. Salkovskis PM, Forrester E, Richards C. Cognitive-behavioural approach to understanding obsessional thinking. *Brit J Psychiatry*. 1998;173(Suppl 35):53-63.

5. Clark DA. Cognitive-behavioral therapy for OCD. New York: Guilford; 2007.

6. Baer L. The imp of the mind: exploring the silent epidemic of obsessive bad thoughts. New York: Penguin; 2001.

7. Freeston MH, Ladouceur R. Obsessive-compulsive disorder. In: Huppert JD, ed. *Comprehensive handbook of clinical psychology*. 2nd ed. New York: Wiley; 2000:101-120.

8. Purdon C, Clark DA. Meta-cognition and obsessions. *Clin Psychol Psycho*. 1999;6:96-101.

9. Salkovskis PM. Understanding and treating obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther*. 1999;37(Suppl 1):S29-52.

10. Abramowitz JS, Franklin ME, Schwartz SA, Furr JM. Symptom presentation and outcome of cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder. *J Cons Clin Psychology*. 2003;7:1049-57.

11. Freeston MH, Rhéaume J, Ladouceur R. Correcting faulty appraisals of obsessional thoughts. *Behav Res Ther*. 1996;34(5-6):433-46.

12. Freeston MH, Ladouceur R, Gagnon F, Thibodeau N, Rhéaume J, Letarte H, et al. Cognitive-behavioral treatment of obsessive-thoughts: a controlled study. *J Consult Clin Psychol*. 1997;65:405-13.

13. Purdon C. Cognitive-behavioral treatment of repugnant obsessions. *J Clin Psychol.* 2004;60(11):1169-80.
14. Purdon C, Clark DA. Overcoming obsessive thoughts. Oakland: New Harbinger; 2005.
15. Whittal ML, Woody SR, McLean PD, Rachman SJ, Robichaud M. Treatment of obsessions: a randomized controlled trial. *Behav Res Ther.* 2010;48(4):295-303.
16. Freeston MH, Ladouceur R. What do patients do with their obsessive thoughts? *Behav Res Ther.* 1997;35(4):335-48.
17. Salkovskis PM. Obsessional-compulsive problems: a cognitive behavioural analysis. *Behav Res Ther.* 1985;23(5):571-83.
18. Salkovskis PM. Cognitive-behavioural factors and the persistence of intrusive thoughts in obsessional problems. *Behav Res Ther.* 1989;27(6):677-82.
19. Williams MT, Farris SG, Turkheimer E, Pinto A, Ozanick K, Franklin ME, et al. Myth of the pure obsessional type in obsessive-compulsive disorder. *Depress Anxiety.* 2011a;28(6):495-500.
20. Rasmussen SA, Eisen JL. The epidemiology and clinical features of obsessive compulsive disorder. *Psychiatr Clin North Am.* 1992;15(4):743-58.
21. Grant JE, Pinto A, Gunnip M, Mancebo MC, Eisen JL, Rasmussen SA. Sexual obsessions and clinical correlates in adults with obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry.* 2006;47(5):325-9.
22. Wiliams MT, Farris SG. Sexual orientation obsessions in obsessive-compulsive disorder: prevalence and correlates. *Psychiatry Res.* 2011;187(1-2):156-9.
23. Wegner DM. White bears and other unwanted thoughts: suppression, obsession, and the psychology of mental control. New York: Viking; 1989.
24. Wegner DM, Zanakos S. Chronic thought suppression. *J Pers.* 1994;62:615-40.
25. Hyman B, Pedrick C. The OCD workbook: your guide to breaking free from obsessive-compulsive disorder. Oakland: New Harbinger; 1999.
26. Najmi S, Riemann BC, Wegner DM. Managing unwanted intrusive thoughts in obsessive-compulsive disorder: relative effectiveness of suppression, focused distraction, and acceptance. *Behav Res Ther.* 2009;47(6):494-503.
27. Williams MT, Crozier M, Powers M. Treatment of sexual-orientation obsessions in obsessive-compulsive disorder using exposure and ritual prevention. *Clin Case Stud.* 2011;10(1):53-66.

13

CRISTIANE FLÔRES BORTONCELLO
ARISTIDES VOLPATO CORDIOLI

Obsessões e compulsões por simetria, ordenação, sequência ou alinhamento

OBJETIVOS

- Reconhecer as obsessões e as compulsões por simetria, ordenação, sequência ou alinhamento.
- Conhecer os fenômenos que motivam essas manifestações do transtorno obsessivo-compulsivo (TOC): fenômenos sensoriais e experiências *not just right*, incompletude e crenças disfuncionais (perfeccionismo, pensamento mágico).
- Compreender os fatores biológicos associados: genéticos, fatores de risco e cerebrais.
- Conhecer as peculiaridades da terapia cognitivo-comportamental (TCC) no tratamento dessas obsessões e compulsões.

Obsessões e compulsões por simetria, ordenação, exatidão e alinhamento são muito comuns em indivíduos com TOC, com prevalência de 32% para obsessões e de 28% para compulsões por simetria e exatidão.¹ Um estudo realizado no Egito com 90 indivíduos com TOC que buscavam atendimento revelou obsessões de simetria e exatidão em 43% da amostra, e compulsões por ordenação foram relatadas por pouco mais de 50%.² Em indivíduos na comunidade, a prevalência parece ser bem menor.

Diferentemente do que ocorre com a maioria dos sintomas obsessivo-compulsivos (OC), nos quais, em geral, há preocupação com algum tipo de ameaça (contaminação, falhar, cometer um pensamento inaceitável), obsessões relacionadas a simetria, ordenação, exatidão, sequência e alinhamento estão associados a sensações ou experiências emocionais desagradáveis, sentidas quando as coisas estão fora do lugar ou desalinhadas, e com preocupações para que estejam “certas” ou “direitas”. Essas experiências são seguidas de atos motores ou mentais realizados com a finalidade de colocar as coisas em ordem, ou na posição ou no lugar “certo”, até que seja restabelecida a sensação de que elas estão certas, exatas ou

legais. A preocupação pode ser, ainda, para que um ato seja “simétrico” ou realizado o mesmo número de vezes de cada lado (p. ex., de cada lado do corpo ao se secar com a toalha após o banho). Eventualmente, tais compulsões podem estar associadas a pensamentos supersticiosos de conteúdo catastrófico; por exemplo, a necessidade de tocar determinado número de vezes (um número par, talvez) certo objeto para que dê sorte.

As compulsões desse grupo de sintomas podem, ainda, se manifestar sob a forma de comportamentos repetitivos (entrar e sair de um determinado lugar, sentar e levantar um número determinado de vezes), contagens, necessidade de fazer certo ato de determinada maneira, geralmente em uma mesma sequência invariável (p. ex., ao chegar em casa, repassar todas as peças ou os cômodos antes de tomar banho, e sempre na mesma sequência). Da mesma forma, esses atos na sequência predeterminada são destinados a prevenir uma sensação desagradável de desconforto caso a pessoa os faça de outra maneira. Essas sensações receberam várias denominações: incompletude, fenômenos sensoriais, experiências *just right* ou *not just right*, e alguns estudos, mostram que elas estão relacionadas ao perfeccionismo.³

A consequência desses sintomas é a demora na realização de tarefas, o comprometimento do desempenho e das relações interpessoais e, muitas vezes, conflitos com os familiares (p. ex., se alguém muda um objeto de lugar ou desalinha as cadeiras ao redor da mesa).

Tem sido proposto que esses sintomas constituam uma dimensão distinta do TOC, motivados pela incompletude, pelos fenômenos sensoriais ou pelas experiências *not just right* e por perfeccionismo, em oposição aos que têm como motivação prevenir ou afastar ameaças. E, de fato, várias análises fatoriais têm apontado as obsessões e as compulsões

por simetria e ordenação como um fator distinto dos demais sintomas do TOC.⁴⁻⁷ É provável, ainda, que existam fatores genéticos e neurofisiológicos envolvidos nessas manifestações distintas dos envolvidos em outras dimensões do TOC. Poderiam também ser uma manifestação extrema da preferência por ordem e simetria comum a muitas pessoas.⁸ Aparentemente, apresentam uma resposta semelhante à terapia de exposição e prevenção de resposta (EPR), mas não se enquadram no modelo cognitivo-comportamental habitual e não respondem a técnicas cognitivas.

Neste capítulo, serão descritas as obsessões e as compulsões por simetria, ordenação, arranjo, alinhamento e exatidão encontradas nos pacientes com TOC. Será destacado o papel da sensação de incompletude, dos chamados fenômenos sensoriais e das experiências *just right* e *not just right*. Serão abordadas as crenças disfuncionais eventualmente subjacentes, como o perfeccionismo e o pensamento mágico, bem como as estratégias utilizadas para lidar com esses sintomas.

► FENOMENOLOGIA

Obsessões e compulsões por simetria, ordenação, exatidão, arranjo, sequência ou alinhamento referem-se a um variado grupo de preocupações, sensações físicas, experiências desagradáveis em relação à visualização da posição dos objetos, bem como a atos motores ou mentais destinados a colocá-los no seu “devido” lugar ou no lugar “exato”, ou, ainda, a preocupações para que um determinado ato seja executado de forma perfeita. É comum a necessidade de alinhar os papéis, as canetas e os objetos sobre a escrivaninha em uma certa posição; organizarmeticulosamente os livros, CDs ou DVDs na estante, as roupas na prateleira do guarda-roupa ou os frascos de perfumes e os cremes no armário do banheiro; escre-

ver (e reescrever) um bilhete ou assinar um documento repetidamente com a preocupação de que a assinatura seja perfeita; tocar simetricamente ou realizar ações ou movimentos simétricos, como tocar na orelha direita e em seguida na orelha esquerda ou, ainda, fazer uma tarefa de forma ritualística e em uma sequência predeterminada e sempre a mesma (p. ex., o banho). São também muito comuns repetições como entrar ou sair de uma peça da casa várias vezes, sentar ou levantar várias vezes de uma cadeira, tirar e colocar de novo um objeto da mesa em uma certa posição, ler inúmeras vezes parágrafos ou páginas de

um livro ou notícias do jornal, passar a limpo repetidas vezes as notas do caderno de aula, mudar repetidamente de posição os móveis da sala ou do quarto para que fiquem em uma posição “melhor” ou, também, dar batidas, estalar os dedos ou tocar em um determinado objeto ou em pessoas. Essas ações (compulsões) são executadas com a finalidade de aliviar o desconforto sentido quando as coisas não estão no seu devido lugar até que a sensação de que as coisas estão “direitas” seja alcançada ou, ainda, conforme apontado, para anular um pensamento supersticioso.

EXEMPLOS DE COMPULSÕES POR ALINHAMENTO

Um paciente perdia muito tempo alinhando os dois laços do cadarço dos tênis para que ficasse exatamente do mesmo tamanho, a camisa dentro das calças para que não ficasse nenhuma dobra, e a fivela do cinto para que ficasse exatamente no centro do abdome. Outra paciente perdia muito tempo sempre que ia ao supermercado, parando para alinhar os produtos das prateleiras. Uma terceira media as unhas das mãos e dos pés para que todas tivessem o mesmo tamanho. Outros exemplos incluem: alinhar quadros na parede, os pratos e talheres na mesa, guardar as roupas em pilhas absolutamente simétricas e organizadas por tipos, tamanhos e cores e organizar as porções de alimento no prato, bem arrumadas e de tal forma que não se misturem.

CONSEQUÊNCIAS COMPORTAMENTAIS: LENTIDÃO OBSESSIVA

Uma consequência das compulsões por alinhamento/simetria é a lentidão obsessiva, com implicação no desempenho de modo geral. Tarefas comuns como escovar os dentes, fazer uma refeição, tomar o banho ou se vestir podem tomar muito tempo.

Uma paciente demorava de 4 a 5 horas para se vestir sempre que saía de casa, colocando e retirando a roupa. Cada peça de roupa escolhida era colocada e retirada um número de vezes que ela não sabia precisar, pois nunca era o mesmo. Dizia fazer esse ritual até ter a sensação de que não precisaria mais tirar aquela peça. Quando considerava que estava tudo bem, exigia a presença de um familiar para que desse garantia de que a escolha estava adequada. Como não conseguia ter essas certezas, repetia interminavelmente as trocas, o que a levava a chegar sempre atrasada no trabalho, ocasionando a perda de seu emprego.

CONSEQUÊNCIAS FAMILIARES

Pacientes que apresentam esse grupo de sintomas costumam se envolver em conflitos com os familiares, os quais eles consideram “bagun-

ceiros”, desordeiros, desorganizados. São comuns os conflitos quando alguém desloca um objeto, deixa algo fora de lugar ou em desalinho. Não satisfeitos em organizar suas coisas, interferem nas arrumações dos demais, argumentando que não suportamvê-las fora do lugar.

Uma paciente, insatisfeita com o fato de alinhar seus objetos no armário do banheiro, a colcha e o travesseiro de sua cama, repetia o mesmo ritual alinhando os objetos do quarto dos pais, as cadeiras ao redor da mesa de jantar e os sofás da sala, motivo para constantes conflitos com os demais membros da família. “Cada coisa tem que estar no seu lugar”, repetia.

PSICOPATOLOGIA

Os modelos cognitivo-comportamentais do TOC têm predominantemente sugerido que as compulsões são executadas com o objetivo imaginário de afastar ameaças e evitar possíveis danos (físicos ou morais) e têm enfatizado o papel de crenças disfuncionais, como exagerar o risco e o excesso de responsabilidade, precedendo a necessidade de executar os rituais e as evitações. Qualquer clínico familiarizado com o transtorno percebe, entretanto, que às vezes os sintomas não se encaixam nesse modelo. São inidivíduos que não descrevem ansiedade antecipatória precedendo os rituais, mas uma sensação de insatisfação com as coisas, na maioria das vezes visual. O que os motiva não é a preocupação em evitar algum dano, mas o impulso para corrigir sentimentos intensos de desconforto e de imperfeição, decorrentes da necessidade de atingir critérios de exatidão, muitas vezes difíceis de serem definidos, ou de simetria – são os chamados “fenômenos sensoriais”, em particular pela percepção de que as coisas não estão “direitas”, ou *not just right*, ou de que algo está incompleto, como é o caso das compulsões por ordenação/simetria ou alinhamento. Distinguir os dois fenô-

menos (afastar a ameaça e percepções *not just right* ou incompletude) tem também um valor prático e é importante para seu manejo.^{9,10} Esse fenômeno serão vistos com mais detalhes.

► INCOMPLETUDEN, FENÔMENOS SENSORIAIS, *NOT JUST RIGHT* E PERFECCIONISMO

INCOMPLETUDEN E EXPERIÊNCIAS OU PERCEPÇÕES *NOT JUST RIGHT* E *JUST RIGHT*

A incompletude como manifestação do TOC foi descrita há mais de um século pelo médico e psicólogo francês Pierre Janet. Em *Les obsessions et la Psychasthénie*, esse autor descreveu os sentimentos de incompletude, ou simplesmente incompletude, como uma sensação interna de imperfeição, relacionada à percepção de que as ações foram realizadas ou as intenções foram alcançadas de forma incompleta.¹¹ Essa forma de desregulação sensório-afetiva está sendo cada vez mais reconhecida e descrita com termos diferentes por diversos autores. Rasmussen e Eisen,¹ seguindo Janet, descreveram-na como “incompletude”, termo também proposto por Summerfeldt, Antony e Swinson,¹² por ser um termo bastante familiar e consagrado pelo uso. Outros termos sugeridos são “experiências *just right* e *not just right*”^{13,14} e “fenômenos sensoriais”.¹⁵

De acordo com Rasmussen e Eisen^{1,16} e Summerfeldt,¹¹ o TOC seria caracterizado pela existência de duas dimensões distintas, ortogonais e contínuas: a evitação de dano (*harm avoidance*) e a incompletude, que estariam subjacentes à maioria dos sintomas do transtorno; dependendo dos sintomas, uma ou outra das duas dimensões seria a preponderante. Uma análise fatorial recente confirmou serem dois fatores distintos que se correlacionam a vários domínios do TOC e ao perfeccionismo.

Foi encontrada também uma relação entre incompletude e compulsões por alinhar e com perfeccionismo pessoal. Outro estudo verificou a associação única de incompletude com simetria/alinhamento e checagens, mas não com contaminação/lavagens, o que levou os autores a concluir que a conceituação do TOC como um transtorno de ansiedade é muito restrita, pois não incluiria fenômenos como a incompletude.¹⁷

CONCEITO

A incompletude caracteriza-se pela sensação de que as coisas não estão completas ou não estão “direitas” (*not just right*), ou pela sensação perturbadora e irremediável de que as ações ou experiências não estão direitas, ou *not just right*.¹¹ Refere-se, ainda, a sentimentos de tensão e desconforto e a um desejo de realizar determinados atos ou intenções de forma perfeita, ou *just right*.

A incompletude estaria mais associada a algumas características do TOC do que a outras:¹¹

- 1 simetria, contagens, repetições e lentidão;
- 2 início mais precoce dos sintomas, especialmente na forma subclínica;
- 3 traços obsessivos de personalidade, como perfeccionismo e indecisão; e
- 4 comorbidades como tiques e *skin picking*.

Em suma, existem fortes evidências de que a incompletude no TOC reflete disfunções sensoriais/afetivas provavelmente com uma origem neurofisiológica específica.¹¹

EXPERIÊNCIAS OU PERCEPÇÕES

JUST RIGHT E NOT JUST RIGHT

Alguns pacientes com TOC referem que, precedendo seus rituais, têm uma sensação ou experiência um tanto vaga e indefinida, mas desconfortável, de que algo não está como deve-

ria ou de que não toleram que objetos estejam fora do lugar no qual deveriam estar, ou ligeiramente assimétricos. Essas sensações ou experiências foram denominadas, em inglês, *not just right experiences* (NJRE),^{14,15,18} e a sensação de que está tudo adequado, ou de que se obteve o alívio esperado, foi descrita como *just right*.¹³ Essas sensações são muito semelhantes a outros fenômenos descritos na literatura com outras designações: o sentimento de saber,¹⁹ a sensação de incompletude, já descrita, ou necessidade de completude.^{1,11,20}

A experiência subjetiva de que algo não está direito (*not just right*) pode se manifestar por meio de várias modalidades sensoriais, incluindo a visual (sobre a aparência de pertences ou documentos), a auditiva (preferência por monotonia em um ambiente ruidoso), a tátil (checagem por texturas tocando, passando a mão). Pode-se aplicar a experiências mais complexas, que não caem em uma categoria sensorial, como uma cognição (p. ex., expressar um pensamento próprio de forma inequívoca e nas melhores palavras possíveis). Essas características têm certa relação com o que ocorre em outros transtornos do espectro obsessivo-compulsivo; parecem, por exemplo, representar o extremo de traços perfeccionistas de personalidade.

FENÔMENOS SENSORIAIS

Miguel Filho e colaboradores^{21,22} propuseram o termo “fenômenos sensoriais” para designar determinadas experiências subjetivas, entre as quais incluíram: sensações corporais localizadas ou generalizadas (táticos, musculoesqueléticas viscerais ou ambas, sensação de desconforto na pele), sensações mentais de incompletude, percepções *just right* que antecedem ou estão associadas a alguns dos comportamentos repetitivos, rituais, tiques e transtorno de Tourette.¹⁵ Essas experiências ou sensações são seguidas da necessidade ou urgência de

realizar determinado ato, como tocar, olhar para o lado, esfregar, estalar os dedos, muitas vezes de forma repetida. Após a realização desses atos (rituais), o indivíduo sente alívio do desconforto. Não há uma explicação racional para tais experiências nem um tempo exato para descrever quantos rituais são necessários para conseguir alívio.

DIFICULDADE EM DECIDIR QUANDO PARAR

Tem sido porposto, ainda, que alguns dos fenômenos descritos, como NJRE, a incompletude e, em especial, as repetições, possam estar relacionados à dificuldade em decidir o momento de interromper um ritual, ao perfeccionismo exacerbado ou, ainda, à falta de um sinal (*stop signal*) de que o ritual deve ser encerrado.^{3,23,24} Alguns pacientes, por exemplo, têm dificuldade para se vestir ou para interromper o ritual de alinhar as roupas, o cinto, o cadarço dos sapatos ou tênis, para terminar o banho ou lavagem das mãos (a lavagem tem que estar completa e perfeita). Acredita-se que isso se deva à dificuldade para decidir o momento de interromper o ritual, ou quando lavaram “o suficiente”, ou *just right* (sensação subjetiva utilizada como critério para interromper um ritual em razão da falta de um sinal claro para tal fim).²⁴ O critério *just right*, ou “direito”, “exato”, “no lugar correto”, “o suficiente”, ou “como deveria ser”, é subjetivo, vago, indefinido e varia de indivíduo para indivíduo em razão de avaliações pessoais como o significado, a importância pessoal da decisão ou o perfeccionismo pessoal, e por esses motivos é difícil para o paciente ter certeza de quanto efetivamente foi atingido para poder encerrar o ritual.^{24,25} Essas sensações de incerteza, insatisfação e desconforto são relatadas com muita frequência em indivíduos que apresentam obsessões e compulsões relacionadas a simetria, ordenação ou precisão¹⁴ e especialmente quando

apresentam tiques ou transtorno de Tourette como comorbidade.^{13,15}

CREENÇAS DISFUNCIONAIS

Embora mais raramente subjacentes aos sintomas de simetria/ordenação, podem ser identificadas crenças disfuncionais relacionadas ao perfeccionismo, à necessidade de ter certeza e aos pensamentos supersticiosos que precedem a execução desses.²⁹ Um estudo recente apoia uma relação do perfeccionismo a checagens e obsessões *not just right*.³

PERFECCIONISMO

As repetições, assim como a preocupação com exatidão/simetria/ordenação, podem estar relacionadas ao perfeccionismo disfuncional. Essa crença caracteriza a tendência de certos indivíduos a acreditar que existe uma solução perfeita para cada problema e que fazer alguma coisa perfeita (livre de erros) não só é possível, como necessário, e que mesmo os erros pequenos têm sérias consequências. São crenças típicas e comuns: “Devo me esforçar até que minha tarefa saia perfeita”, “Falhar em parte é tão ruim quanto falhar completamente”.²⁶ As metas estabelecidas são, muitas vezes, inatingíveis ou requerem esforço fora do comum, o que leva as pessoas com essas características a lutarem permanentemente para atingi-las, sem obter êxito. O perfeccionismo pode, ainda, ser voltado para os outros. As mesmas exigências e cobranças que orientam o comportamento da própria pessoa são estabelecidas em relação aos demais, por exemplo, membros da família, amigos, namorado(a), etc. O perfeccionismo está associado a “dúvidas sobre suas ações” e “preocupação com os erros”^{27,28} e a inúmeros comportamentos compulsivos, como checagens, repetições, lentificação obsessiva e, conforme apontado, obsessões e compulsões por alinhamento e simetria.

Um estudo realizado em nosso meio e que utilizou a Frost Multidimensional Perfectionism Scale (FMPS) e a Escala de Fenômenos Sensoriais da Universidade de São Paulo verificou que, em pacientes com TOC, a “incompleture” estava associada a altos escores de todos os itens da escala de perfeccionismo, enquanto as pontuações em *just right* relacionavam-se apenas às subescalas de “dúvidas sobre ações”, “padrões pessoais” e “organização”.²⁸ A seguir, são apresentados alguns exemplos clínicos de pacientes com perfeccionismo patológico.

EXEMPLO

Um paciente explicitava claramente as regras que norteavam seu comportamento e que, de certa forma, constituíam seu ideal de vida: “Minha meta é a perfeição, se é que isso é possível. E, se não for possível, vou tentar fazer o mais perfeito que eu puder. A pior coisa é cometer uma falha”. Essa declaração expressava algumas das crenças que o moviam a repetir tantas vezes determinada tarefa em sua vida. Uma paciente apresentava grande dificuldade em receber visitas, já que ocupava grande parte de seu tempo em deixar a casa “perfeitamente arrumada” e as coisas “no lugar”. Ficava extremamente ansiosa quando alguém tirava algum objeto do lugar e comentava: “Se minha casa não estiver perfeitamente arrumada, minhas visitas vão pensar que sou desleixada. Por isso, quase não recebo visitas”. Outra não permitia que suas filhas arrumassem o quarto e as camas, pois só ela sabia “fazer direito”.

Passar a limpo cartas, bilhetes ou listas de supermercado; conferir inúmeras vezes um cheque recém-preenchido ou uma assinatura; refazer somas; reler ofícios várias vezes, mesmo depois de não ter encontrado qualquer erro; ter dificuldades para tomar decisões banais, como escolher roupa, a gravata ou o sapato, fazer combinações de roupa; perder muito tempo alinhando os cabelos ou observando detalhes da pintura das sobrancelhas são exemplos, entre outros tantos, de sintomas derivados do perfeccionismo, da necessidade de ter certeza de que se está fazendo a coisa certa, ou de que o que foi realizado está perfeito e sem falhas. O conceito de *not just right* também parece capturar a característica perfeccionista do TOC e tem sido frequentemente utilizado como conceito equivalente à sensação de imperfeição em trabalhos empíricos sobre os indivíduos com o transtorno.³⁰⁻³²

Deve-se destacar que o perfeccionismo não é uma exclusividade do TOC. Pode estar presente em vários outros transtornos psiquiátricos, como no transtorno da personalidade obsessivo-compulsiva (TPOC), no transtorno de ansiedade de generalizada (TAG) e na ansiedade social.

OUTRAS CRENÇAS DISFUNCIONAIS

Além do perfeccionismo, são comuns também as dimensões de crenças sobre acreditar no poder do pensamento, como o pensamento mágico. Os rituais de alinhamento ou simetria podem ser utilizados para prevenir eventos futuros negativos, desgraças, e o indivíduo, acredita que tenha esse poder. Uma paciente deixava os chinéis ao pé da cama exatamente alinhados, “senão minha mãe pode morrer!”. Outro deixava as calças jeans no chão paralelas à cama, com um propósito semelhante. Deixar objetos em uma certa posição na mesinha de cabeceira, ou na estante, virados ou “olhando” em uma certa direção, também pode ter essa finalidade.

➤ ESCALAS PARA MENSURAR SINTOMAS DE SIMETRIA/ORDENAÇÃO

A maioria das escalas dimensionais avalia de forma independente os sintomas de simetria/ordenação ou arranjo. Uma escala específica para essa finalidade é o Symmetry Ordering and Arranging Questionnaire (SOAQ), que apresentou boas propriedades psicométricas.³³ O próprio Inventário de Obsessões e Compulsões-Revisado (OCI-R) tem duas perguntas (3 e 15) sobre esses sintomas (Formulário 4, p. 430-431).

➤ FATORES NEUROBIOLOGICOS

Fatores neurobiológicos parecem desempenhar um papel na etiologia da dimensão simetria/ordenação. Tem sido encontradas, por exemplo, evidências bastante consistentes de que ela tem incidência familiar mais elevada do que outras dimensões do TOC, apontando para um fator genético em sua etiologia. No entanto, estudos iniciais têm encontrado alterações morfológicas e funcionais associadas à referida dimensão, assim como têm sido observadas evidências iniciais de fatores de risco para seu aparecimento. Também foi proposto um modelo neurofisiológico para esses sintomas.

GENÉTICA

Estudos estão demonstrando que a dimensão simetria/ordenação está associada a maior incidência de TOC em familiares dos indivíduos afetados;^{34,35} apresenta incidência familiar maior do que outros sintomas OC em amostras não clínicas.³⁶ Familiares de indivíduos com TOC pediátrico, com sintomas de simetria/ordenação, apresentaram chances maiores de desenvolver TOC ou TOC subclínico comparados a familiares de indivíduos que não apre-

sentavam esses sintomas (45,4 vs. 18,8%, $P < 0,05$).³⁷ Um estudo mais recente, realizado na Dinamarca com crianças, verificou que altos escores na dimensão simetria/ordenação estavam associados ao TOC nos familiares de primeiro grau.³⁸ Também foi encontrada correlação significativa de familiaridade para os sintomas simetria/alinhamento em 418 pares de irmãos com o transtorno, sendo que as estimativas dobraram quando foram analisadas apenas as mulheres.⁶

NEUROFISIOLOGIA

Evidências iniciais sugerem que os circuitos neurais envolvidos na dimensão simetria/ordenação são semelhantes e, em parte, distintos dos envolvidos em outras dimensões do TOC, como sujeira/contaminação. Um estudo expôs alternadamente a experimentos provocadores de sintomas (contaminação e simetria) e neutros 18 pacientes pediátricos com TOC com idades entre 10 e 17 anos e comparou-os a 18 indivíduos-controle por meio de duas imagens de ressonância magnética funcional. Os pacientes com TOC apresentaram redução da atividade cerebral na ínsula direita, no putame, no tálamo, no córtex pré-frontal dorsolateral e no córtex orbitofrontal esquerdo, no experimento relacionado a contaminação, e no tálamo direito e na ínsula direita no experimento de simetria. Curiosamente, a mudança da atividade foi em uma direção contrária à ativação descrita em inúmeros estudos funcionais em adultos e envolveu mais a ínsula, sugerindo que, com o desenvolvimento, o padrão de funcionamento cerebral (diminuição ou aumento) possa mudar.³⁹

VOLUMES CEREBRAIS

Um estudo isolado verificou que pontuações na dimensão simetria/ordenação se correlacionaram negativamente aos volumes cere-

brais de massa cinzenta e massa branca globais. Também houve correlação negativa ao volume de massa cinzenta regional do córtex motor direito, da ínsula esquerda e do córtex parietal esquerdo e positiva com o volume de massa cinzenta e massa branca bilateral temporal.⁴⁰

MODELO NEUROFISIOLÓGICO

Observações clínicas sugerem que o problema central da incompletude seja um déficit na capacidade de usar a experiência emocional e um deficit de um *feedback* sensorial para orientar o comportamento. Fenomenologicamente, esse déficit parece ser consequência da falta de algum sinal interno necessário para encerrar rituais e por produzir uma sensação de saber que um estado desejado (*just right*, de exatidão) teria sido satisfatoriamente alcançado. A consequência dessa falha seria a persistente emissão de sinais de erro, que produziriam a sensação de incompletude e a persistência do indivíduo em ações corretivas do tipo *just right*, porém inúteis.¹¹ Esse mesmo tipo de explicação tem sido proposto para a dificuldade de interromper outros rituais, como lavagens.²³ É um modelo neurofisiológico inicial, uma hipótese incompleta, mas que aponta uma direção para futuras pesquisas.

EVENTOS ESTRESSORES

Pelo menos um evento precedeu o início do TOC em 200 pacientes (60,8%) e foi significativamente associado ao sexo feminino, início abrupto da doença e obsessões somáticas. Além disso, a análise de regressão logística identificou três eventos traumáticos específicos (hospitalização de um membro da família, doença física pessoal importante, perda de objeto pessoal valioso) com relevante associação a dimensões de sintomas (obsessões de sime-

tria, repetições, ordenação, organização, contagens e compulsões de verificar).⁴¹ Outro estudo verificou aumento do risco para o desenvolvimento de sintomas da dimensão simetria/ordenação e de pensamentos repugnantes (tabu) associado a insultos perinatais.⁴² Embora interessantes, esses resultados são achados iniciais que necessitam ser replicados.

► TRATAMENTO DOS PACIENTES COM SINTOMAS DE SIMETRIA, ORDENAÇÃO, EXATIDÃO

Neste capítulo, por razões didáticas, será enfocado o tratamento das obsessões e compulsões por simetria/ordenação. É importante destacar que, de modo geral, elas vêm acompanhadas de outros sintomas OC, como lavagens, verificações, evitações, pensamentos supersticiosos, e o tratamento é feito em conjunto, de todos os sintomas.

Como foi visto, existem evidências bastante consistentes de que, subjacentes aos sintomas de simetria/ordenação, existem fenômenos sensoriais, como a incompletude e as experiências *not just right*, que aparentemente refletiriam uma disfunção sensório-afetiva intrínseca, primária, provavelmente com origem neurofisiológica, e não pensamentos disfuncionais relacionados a ameaças. Técnicas comportamentais, como a exposição e prevenção de resposta, visando à habituação a essas experiências perturbadoras, são as preferenciais e têm maiores chances de efetividade do que técnicas cognitivas convencionais, que em princípio não abordam o que parece ser a disfunção primária.¹¹ Os resultados da terapia de EPR observados em relação à dimensão simetria/ordenação são semelhantes aos verificados em outras dimensões do TOC, com exceção da acumulação compulsiva, que apresenta resultados piores.⁴³

TERAPIA DE EXPOSIÇÃO E PREVENÇÃO DE RESPOSTA

Como foi descrito no Capítulo 8, antes do início dos exercícios de EPR, deve-se completar a avaliação do paciente, com atenção especial para a presença de comorbidades, de *insight* e motivação para o tratamento, de interferência no funcionamento da família e acomodação familiar e de fatores associados à resposta do tratamento. É comum, por exemplo, pacientes com compulsões por simetria/exatidão/alinhamento terem transtorno de Tourette ou tiques associados,¹³ o que exige a associação de neurolépticos que combatem esses sintomas.

OS FUNDAMENTOS DA TERAPIA DE EPR PARA TRATAR A DIMENSÃO SIMETRIA/ORDENAÇÃO

O modelo comportamental do TOC propõe que os sintomas OC são mantidos e perpetuados em razão do papel de reforço representado pelo alívio obtido com os rituais e as evitações. A premissa básica da efetividade da exposição é o princípio da extinção ou do gradual desaparecimento de uma resposta involuntária aprendida, como o medo, a ansiedade, pela repetição de um evento suprimindo-se a função de reforço pelo alívio obtido com os rituais ou as evitações. Embora esse modelo seja, em geral, aplicado à ansiedade, esses princípios podem ser postos em prática em outras experiências emocionais ou sensoriais, como as experiências *not just right* ou a incompletude, apesar de que esta pareça ser um estado emocional de desconforto gerado internamente, mais do que condicionado ou adquirido. “Habituação” é o termo preferido para designar esse mesmo processo de desaparecimento de um comportamento não aprendido ou reflexo, mais do que adquirido. Na psicoeducação do paciente com esse modelo, o desaparecimento espontâneo com a exposição pode ser compa-

rado ao desaparecimento de outras respostas inatas desagradáveis, como cheiros desagradáveis, barulho desconfortável ou sensações de frio/calor. Esses princípios comportamentais podem ser mais facilmente aplicados ao tratamento dos sintomas de simetria/ordenação do que os princípios cognitivos.¹¹

PSICOEDUCAÇÃO

Pacientes com sintomas de simetria/ordenação podem apresentar dificuldade para perceber o quanto estes interferem em sua vida e a prejudicam, e o *insight* em geral é pobre. Um estudo mostrou que a presença desses sintomas, quando graves e associados a altos níveis de ansiedade, foi preditor de *insight* pobre.⁴⁴ Esses pacientes costumam justificar seus rituais com os mais variados argumentos e racionalizações e se queixar de que os familiares “ficam no seu pé” porque não são organizados e caprichosos como eles. Em razão disso, é comum a dificuldade de adesão ao tratamento.

Na psicoeducação, é importante educar o paciente sobre o TOC, explicar que as compulsões por simetria/exatidão/alinhamento são uma manifestação do transtorno, bem como orientar sobre o limite entre comportamentos normais (e até desejáveis) e aqueles claramente patológicos (quando criam problemas para si e para os demais). Como sugestão, pode-se também perguntar ao paciente a respeito dos prejuízos que ele percebe e que são decorrentes desses sintomas.

Uma vez aceita a explicação de que seus sintomas são manifestações de uma doença, o próximo passo é a explanação do modelo comportamental: fenômenos sensoriais, experiências *not just right* e incompletude causam desconforto físico, mal-estar e a necessidade de executar compulsões de simetria/ordenação/exatidão; o alívio obtido, entretanto, perpetua a necessidade de executar tais rituais. A exposição repetida e a prevenção de respos-

ta provocam desconforto, mas, por meio da habituação, o fazem desaparecer, bem como extinguem a necessidade de executar os rituais. Se estiverem presentes crenças disfuncionais, como perfeccionismo e pensamentos supersticiosos, essas devem ser inclusas no modelo explicativo, que passa a ser cognitivo-comportamental, assim como o tratamento. Se o paciente “comprar” a explicação cognitivo-comportamental para suas obsessões e compulsões, estará mais propenso a se sentir motivado para iniciar o tratamento, elaborar a lista de sintomas e iniciar os exercícios de EPR.

ELABORAÇÃO DA LISTA DOS SINTOMAS E DO MAPA DO TOC

Se o paciente aceitou iniciar o tratamento, o terapeuta solicitará as primeiras tarefas de casa:

- 1 leituras adicionais sobre o TOC e seu tratamento;
- 2 elaboração da lista de sintomas;
- 3 elaboração do mapa do TOC;
- 4 avaliação da gravidade dos sintomas (Escala de Sintomas Obsessivo-compulsivos Yale Brown [Y-BOCS] ou Inventários de Obsessões e Compulsões [OCI-R]), para depois propor as tarefas de EPR (Formulários 3 e 4, p. 426-430).

O terapeuta auxiliará o paciente a identificar, na lista de sintomas preenchida (Formulário 2, p. 416-425), os itens do tópico “Obsessões e compulsões por ordenação, simetria, alinhamento, repetições, etc.” e verificará com ele o grau de aflição subjetiva ou de dificuldade atribuído a cada um dos sintomas ou o grau de desconforto que sentiria caso se abstivesse de executar a compulsão. Com base nessas respostas, os sintomas poderão ser classificados de 0 a 4 como mais ou menos graves ou difíceis, avaliação que será útil para a escolha dos primeiros exercícios de EPR.

Além de sugerir leituras, o terapeuta poderá solicitar, ainda, o preenchimento de um diário de sintomas ou mapa do TOC (Formulário 5, p. 432-433), no qual são identificados os horários, os locais ou as situações em que é levado a executar os rituais, quais ele executa (p. ex., ao passar na sala, alinhar as cadeiras ao redor da mesa; no escritório, alinhar os objetos na mesa; antes de deitar, alinhar as roupas na cadeira ou os objetos na estante), e assim por diante. Esse levantamento também é muito útil para o planejamento dos exercícios de EPR. Além dessas tarefas, e antes do início da terapia, deve ser avaliada a gravidade dos sintomas por meio de uma escala estruturada, como a Y-BOCS ou o OCI-R. Mais detalhes desses procedimentos podem ser vistos nos Capítulos 7 e 8.

EXPOSIÇÃO

Exposição é entrar em contato direto (física ou visualmente) com objetos ou situações que ativam as obsessões e provocam a necessidade de executar as compulsões. No caso de pacientes com obsessões e compulsões por simetria/exatidão/alinhamento, significa expô-los a conjuntos de objetos ou a objetos que estejam em desordem, desalinhados, desorganizados, fora do lugar, que não estão onde “deveriam estar” ou não estão simétricos, identificados no mapa ou diário do TOC ou na lista de sintomas. As regras para a escolha dos exercícios foram descritas de forma extensa no Capítulo 8.

ALGUMAS DICAS

Se o paciente estabeleceu um número de vezes que deve repetir determinado ato (p. ex., lavar seis vezes cada lado do seu corpo, sentar e levantar três vezes, entrar e sair do quarto três vezes, passar pela porta duas vezes, etc.), deve-se quebrar essa regra, estabelecendo um número diferente e, de preferência, fazendo

o que faria uma pessoa que não tem TOC: não repetir. Também deve ser quebrada a simetria dos lados, bem como se abster de contar, repetir leituras de parágrafos ou de páginas de um livro. Deve-se seguir a regra de repetir apenas uma vez e permanecer com a dúvida acerca de ter compreendido tudo ou completamente.

PREVENÇÕES DE RITUAIS

Em pacientes com obsessões e compulsões por simetria e ordenação, exercícios programados para se abster de realizar os rituais são essenciais. Também é crucial reduzir a vigilância sobre o alinhamento, a ordem ou a simetria dos objetos. Da mesma forma que com as exposições, os exercícios partem dos rituais identifi-

EXEMPLOS DE EXERCÍCIOS DE EXPOSIÇÃO PARA COMPULSÕES POR SIMETRIA, ORDENAÇÃO E ALINHAMENTO

- mudar o local dos objetos da escrivaninha (quebrar a regra “um local para cada coisa, e cada coisa no seu lugar”);
- deixar livros e papéis não paralelos com as bordas da mesa;
- colocar as cadeiras da mesa fora do lugar;
- deixar as roupas em desalinho ou misturadas (cores, tamanhos) no guarda-roupa;
- procurar quebrar qualquer sequência da qual se sinta prisioneiro (andar sempre do mesmo lado da calçada, entrar no prédio sempre do mesmo lado, secar o corpo em determinada sequência, revisar a casa em certa ordem, etc.).

cados e incluídos pelo paciente na sua lista de sintomas ou relatados no seu diário do TOC. Os exemplos são inúmeros, mas, a seguir, são descritos alguns dos mais comuns:

- Procurar não alinhar colchas, toalhas, franjas do tapete, caderços de sapato, roupas, cinto, etc., deixando-os, propositalmente, um pouco desalinhados ou fora do lugar habitual.
- Evitar realizar tarefas de forma simétrica, como dispor o prato, o copo, os talheres e o guardanapo sempre na mesma ordem ou posição na mesa; sentar-se sempre no mesmo lugar ou perder muito tempo arrumando as sobrancelhas para que fiquem absolutamente simétricas, etc.
- Abster-se de verificar ou controlar se as coisas estão bem arrumadas ou no seu devido lugar (roupas no armário, livros na estante, objetos no armário do banheiro).
- Não passar a limpo repetidamente os cadernos escolares; não reler inúmeras vezes parágrafos de livros ou notícias de jornal.
- Não alinhar ou organizar papéis, revistas e objetos de forma minuciosa ou inteiramente peculiar em cima da escrivaninha; livros e revistas, CDs, DVDs na estante; roupas e sapatos no guarda-roupas.
- Não perder tempo alinhando demasiadamente a roupa ao se vestir.
- Limitar o tempo que dedica para arrumar a casa.
- Não reler as placas dos carros na rua ou frases de letreiros ou de anúncios luminosos para ter certeza de que captou certo ou por inteiro.
- Abster-se de estalar os dedos, tocar, passar a mão ou os dedos, raspar, olhar para o lado, dar batidinhas ou ficar encarando a assinatura de um documento ou o carimbo do caixa.
- Não fazer contagens (das janelas dos edifícios) ou somar os números das placas de carro.

- Não realizar contagens durante a execução das tarefas.

TAREFAS E TEMPOS PARA TRATAR LENTIDÃO OBSESSIVA, REPETIÇÕES E ADIAMENTOS

Pacientes com compulsões por simetria, alinhamento e exatidão podem perder muito tempo com a realização dessas tarefas, o que pode provocar lentidão, atrasos e demora das tarefas rotineiras, como se vestir ou tomar banho. Pode-se utilizar uma técnica de modelação que tem por objetivo adequar a realização de certas tarefas aos tempos apropriados ou razoáveis (adequar tarefas e tempos).

EXEMPLOS DE ADEQUAÇÃO DE TAREFAS E TEMPOS

- estabelecer o tempo máximo para demora no banho, escovar os dentes, vestir-se, e gradualmente se aproximar do tempo estabelecido;
- estabelecer data ou horário definitivos para o término ou a entrega de um trabalho e cumpri-los em quaisquer condições, mesmo temendo que contenha erros.

TÉCNICAS COGNITIVAS

O modelo cognitivo parte da premissa de que as emoções desadaptativas e os sintomas OC, como as compulsões e as evitações, são consequências de avaliações ou interpretações erradas, expressas sob a forma de pensamentos automáticos catastróficos, que, por sua vez, estão ligados a crenças nucleares ou, a esquemas de crenças disfuncionais formados ou adquiridos ao longo do desenvolvimento. Técnicas cognitivas são utilizadas para corrigir essas avaliações e crenças irracionais e, com isso, eliminar os sintomas. No caso da incompletude e das experiências *not just right*, a perturbação afetiva ou o desconforto sentidos parecem ser um fenômeno primário que ativa o impulso de realizar os rituais, e não consequência de alguma crença disfuncional ou pensamento catastrófico relacionado a ameaça ou perigo. Por esse motivo, as técnicas cognitivas destinadas a desafiar tais crenças são minimamente efetivas nos sintomas e nas experiências emocionais mencionadas.¹¹

Algumas exceções são observadas na clínica: os sintomas de ordenação/simetria são de-

correntes de traços de personalidade obsessivo-compulsiva e do perfeccionismo patológico; são consequência de pensamentos supersticiosos ou de conteúdo mágico (provocar um efeito no futuro, prevenir uma desgraça ou exercer uma ação por semelhança). Nesses casos, podem ser acrescentadas técnicas cognitivas aos exercícios de EPR, as quais contribuirão para uma melhor compreensão dos sintomas pelo paciente e possivelmente melhor adesão aos exercícios comportamentais.

Como ocorre com outros sintomas, o terapeuta deve, inicialmente, treinar o paciente na identificação dos pensamentos automáticos e das crenças disfuncionais precedendo os rituais e orientá-lo a fazer um registro dos pensamentos disfuncionais (Formulário 6, p. 434-435), para depois realizar algum dos exercícios apresentados a seguir. Em relação aos pensamentos supersticiosos, o recomendável é propor experimentos comportamentais, pois, na imensa maioria das vezes, os pacientes têm clara noção de que suas crenças não têm fundamento, razão pela qual o exame de evidências não costuma dar resultados práticos.

QUESTIONAMENTO SÓCRATICO

No caso do perfeccionismo, é interessante questionar crenças distorcidas relacionadas à possibilidade de atingir um estado de perfeição ou então às consequências de cometer uma falha ou de algo não ser perfeito ou exato. O uso de técnicas cognitivas foi descrito com mais detalhes no Capítulo 6. A seguir, são apresentados alguns exemplos de questionamentos das crenças disfuncionais.

- É sempre possível fazer tudo com exatidão ou sem falhas?
- O que é melhor: ficar paralisado até ter a sensação de exatidão ou de ter feito a coisa perfeita (escovar os dentes, tomar um banho), ou ter mais tempo para aproveitar a vida?
- Cometer uma falha é sempre imperdoável? O que as pessoas (que não têm TOC) acham?
- Após um ritual de ordenação/alinhamento, temos alguma garantia de que realmente tudo ficou certo? O que é mais provável?
- Quais as consequências de cometer um erro? Ou de deixar algo fora do lugar, além do desconforto? As consequências são sempre desastrosas? Vale a pena toda essa preocupação e o tempo gasto em alinhar as coisas?
- “Uma falha sempre representa um fracasso”. Você concorda com essa afirmação?
- Falhar em parte é o mesmo que falhar totalmente? Você é capaz de justificar, com

argumentos convincentes, essa afirmativa?

VANTAGENS E DESVANTAGENS

Os pacientes com tendência a querer guardar tudo na memória, a não esquecer nenhum detalhe (páginas de livro, notícias de jornal ou aulas), podem ser auxiliados pelo exercício de vantagens e desvantagens proposto pela dra. Gail Steketee.⁴⁵ O mesmo modelo de exercício pode ser utilizado para outras situações relacionadas ao perfeccionismo e à necessidade de ter certeza (anotar, repetir, perguntar). Avaliando as duas colunas, pode-se concluir se vale a pena ou não gastar tanto tempo e tanto sofrimento tentando lembrar de tudo (Quadro 13.1).

EXPERIMENTOS COMPORTAMENTAIS

Quando são identificados pensamentos supersticiosos subjacentes aos rituais de alinhamento ou simetria, podem ser propostos experimentos comportamentais ao paciente, com os quais ele testa a veracidade de uma crença, abstendo-se de executar um ritual, por exemplo, que ele acredita que impeça uma desgraça. Alguns exemplos incluem: deixar de alinhar os chinelos ao pé da cama, as roupas ao deitar, deixar de alinhar os quadros na parede ou de fazer as coisas um número de vezes e de forma simétrica para ver se os desastres acontecem.

QUADRO 13.1 > VANTAGENS E DESVANTAGENS DE TENTAR LEMBRAR DE TUDO

Vantagens	Desvantagens
Certeza de lembrar de tudo	Frustração por não conseguir me lembrar
Certeza sobre detalhes triviais	Dúvidas frequentes, incerteza
Despreocupação e distração	Inúmeras estratégias, rituais e truques para tentar lembrar
Serei considerado inteligente	Minha cabeça não para, não relaxo, fico muito cansado
Serei admirado por isso	Perco muito tempo, repito muito, tentando memorizar

- Necessidade excessiva de ordenar os objetos, simetria/exatidão, constituem uma dimensão de sintomas do TOC distinta das demais.
 - Diferentemente do que ocorre com outros rituais e evitações do TOC destinados a afastar ameaças, os rituais de ordenação/simetria são geralmente precedidos por desconforto físico ou emocional – os chamados “fenômenos sensoriais”, que incluem a sensação de incompletude e as experiências *not just right*, de que as coisas não estão direitas, ou no devido lugar, ou de que algo está incompleto ou imperfeito.
 - Pouco se sabe sobre a etiologia desses sintomas. Existem evidências de que eles são de incidência familiar e de que são mais comuns em crianças e em indivíduos jovens; evidências iniciais apontam para alterações neurofisiológicas envolvendo estruturas do córtex frontal e dos gânglios da base, em especial o tálamo direito e a ínsula direita. Acredita-se que esses sintomas possam estar relacionados a um déficit de um sinal interno necessário para interromper os rituais.
 - Muitas vezes, não é possível identificar pensamentos automáticos ou crenças associados aos rituais de simetria, ordenação, sequência ou mesmo de certas repetições. Nesses casos, devem ser utilizadas as técnicas comportamentais, como a exposição e prevenção de resposta. Esses pacientes, em geral, têm pouco *insight* sobre a natureza patológica de seus sintomas. Por esse motivo, é importante a psicoeducação sobre a doença, como forma de motivá-los a buscar o tratamento, que é a terapia de EPR.
 - A terapia de EPR tem-se revelado eficaz no tratamento dos sintomas de simetria/ordenação. Ela inicia com a elaboração da lista dos sintomas e do mapa do TOC, junto à listagem e à graduação dos outros sintomas OC. A partir da identificação dos sintomas, são planejadas as tarefas de EPR.
 - Se forem identificados pensamentos automáticos e crenças disfuncionais relacionadas ao perfeccionismo, intolerância à incerteza, podem também ser utilizadas técnicas cognitivas, adaptadas para a situação específica, como o questionamento socrático e a análise das vantagens e desvantagens. Se estiverem presentes pensamentos supersticiosos, pode-se propor experimentos comportamentais.

► REFERÊNCIAS

1. Rasmussen SA, Eisen JL. The epidemiology and clinical features of obsessive-compulsive disorder. *Psychiatr Clin NAm.* 1992;15:743-58.
2. Okasha A, Saad A, Khalil AH, El Dawla AS, Yehia N. Phenomenology of obsessive-compulsive disorder: a transcultural study. *Compr Psychiat.* 1994;35:191-7.
3. Moretz MW, McKay D. The role of perfectionism in obsessive-compulsive symptoms: "not just right" experiences and checking compulsions. *J Anxiety Disord.* 2009;23(5):640-4.
4. Mataix-Cols D, Rosario-Campos MC, Leckman JF. A multidimensional model of obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry.* 2005;162:228-38.
5. Rosario-Campos MC, Miguel EC, Quatrano S, Chacon P, Ferrão Y, Findley D, et al. The Dimensional Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (DY-BOCS): an instrument for assessing obsessive-compulsive symptom dimensions. *Mol Psychiat.* 2006;1:495-504.
6. Hasler G, Pinto A, Greenberg BD, Samuels J, Fyer AJ, Pauls D, et al. Familiarity of factor analysis-derived YBOCS Dimensions in OCD-affected sibling Pairs from the OCD Collaborative Genetics Study. *Biol Psychiat.* 2007;61:617-25.
7. Abramowitz JS, Deacon BJ, Olatunji BO, Wheaton MG, Berman NC, Losardo D, et al. Assessment of obsessive-compulsive symptom dimensions: development and evaluation of the Dimensional Obsessive-Compulsive Scale. *Psychol Assess.* 2010;22(1):180-98.
8. Radomsky AS, Rachman S. Symmetry, ordering and arranging compulsive behaviour. *Behav Res Ther.* 2004;42(8):893-913.
9. Pietrefesa AS, Coles ME. Moving beyond an exclusive focus on harm avoidance in obsessive-compulsive disorder: considering the role of incompleteness. *Behav Ther.* 2008;39(3):224-31.
10. Pietrefesa AS, Coles ME. Moving beyond an exclusive focus on harm avoidance in Obsessive-Compulsive Disorder: behavioral validation for the separability of harm avoidance and incompleteness. *Behav Ther.* 2009;40:251-9.
11. Summerfeldt LJ. Understanding and treating incompleteness in obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychol.* 2004;60(11):1155-68.
12. Summerfeldt LJ, Antony MM, Swinson RP. Reply to Bilsbury and others. More on the phenomenology of perfectionism: "Incompleteness". *Can J Psychiat.* 2002;47(10):977-8.
13. Leckman JF, Walker DE, Goodman WK, Pauls DL, Cohen DJ. "Just-Right" perceptions associated with compulsive behaviors in Tourette's syndrome. *Am J Psychiatry.* 1994;51:675-80.
14. Coles ME, Frost RO, Heimberg RG, Rhéaume J. Not just right experiences: perfectionism, obsessive-compulsive features and general psychopathology. *Behav Res Ther.* 2003;41:681-700.
15. Miguel EC, do Rosário-Campos MC, Prado HS, do Valle R, Rauch SL, Coffey BJ, et al. Sensory phenomena in obsessive-compulsive disorder and Tourette's disorder. *J Clin Psychiatry.* 2000;61(2):150-6.
16. Rasmussen SA, Eisen JL. The epidemiology and differential diagnosis of obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry.* 1994;55(Suppl:5-10):discussion 11-4.
17. Ecker W, Göner S. Incompleteness and harm avoidance in OCD symptom dimensions. *Behav Res Ther.* 2008;46(8):895-904.
18. Coles ME, Heimberg RG, Frost RO, Steketee G. Not just right experiences and obsessive-compulsive features: experimental and self-monitoring perspectives. *Behav Res Ther.* 2005;43(2):153-67.
19. Rapoport JL. Basal ganglia dysfunctions a proposed cause of obsessive-compulsive disorder. In: Carroll BJ, Barrett JE, editors. *Psychopathology and the brain.* New York: Raven; 1991.
20. Ghisi M, Chiri LR, Marchetti I, Sanavio E, Sica C. In search of specificity: "not just right experiences" and obsessive-compulsive symptoms in non-clinical and clinical Italian individuals. *J Anxiety Disord.* 2010;24(8):879-86.
21. Miguel EC, Coffey BJ, Baer L, Savage CR, Rauch SL, Jenike MA. Phenomenology of intentional repetitive behaviors in obsessive-compulsive disorder and Tourette's syndrome. *J Clin Psychiatry.* 1995;56:420-30.
22. Miguel EC, Baer L, Coffey BJ, Rauch SL, Savage CR, Jenike MA, et al. Phenomenological differences appearing with repetitive behaviours in obsessive-compulsive disorder and Gilles de la Tourette Syndrome. *Brit J Psychiatry.* 1997;170:140-5.
23. Wahl K, Salkovskis PM, Cotter I. 'I wash until it feels right' the phenomenology of stopping criteria in obsessive-compulsive washing. *J Anxiety Disord.* 2008;22(2):143-61.
24. Zor R, Szechtman H, Hermesh H, Fineberg NA, Eilam D. Manifestation of incompleteness in obsessive-compulsive disorder (OCD) as reduced functionality and extended activity beyond task completion. *PLoS ONE.* 2011;6(9):e25217.
25. Cougle JR, Goetz AR, Fitch KE, Hawkins KA. Termination of washing compulsions: a problem of internal reference criteria or "not just right experience? *J Anxiety Disord.* 2011;25(6):801-5.
26. Obsessive-Compulsive Cognitions Working Group (OCCWG). Cognitive assessment of obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther.* 1997;9:237-47.
27. Antony AM, Purdon CL, Huta V, Swinson RP. Dimensions of perfectionism across the anxiety disorders. *Behav Res Ther.* 1998;36:1143-54.
28. Lee JC, Prado HS, Diniz JB, Borcato S, da Silva CB, Hounie AG, et al. Perfectionism and sensory phenomena: phenotypic components of obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiat.* 2009;50(5):431-6.

29. Calamari JE, Cohen RJ, Rector NA, Szacun-Shimizu K, Riemann BC, Norberg MM. Dysfunctional belief-based obsessive-compulsive disorder subgroups. *Behav Res Ther.* 2006;44(9):1347-60.
30. Baer L. Factor analysis of symptom subtypes of obsessive-compulsive disorder and their relation to personality and tic disorders. *J Clin Psychiatr.* 1994;55:18-23.
31. Calamari JE, Wiegartz OS, Janeck AS. Obsessive-compulsive disorder subgroups: a symptom cluster in approach. *Behav Res Ther.* 1999;37:113-25.
32. Tozzi F, Aggen SH, Neale BM, Anderson CB, Mazzeo SE, Neale MC, et al. The structure of perfectionism: at win study. *Behav Genetics.* 2004;34:483-94.
33. Radomsky AS, Ouimet AJ, Ashbaugh AR, Lavoie SL, Parrish CL, O'Connor KP. Psychometric properties of the French and English versions of the Vancouver obsessional-compulsive inventory and the symmetry ordering and arranging questionnaire. *Cogn Behav Ther.* 2006;35(3):164-73.
34. Alsobrook JP, Leckman JF, Goodman WK, Rasmussen SA, Pauls DL. Segregation analysis of obsessive-compulsive disorder using symptom-based factor scores. *Am J Med Genet.* 1999;88:669-75.
35. Leckman JF, Pauls DL, Zhang H, Rosario-Campos MC, Katsovich L, Kidd K, et al. Obsessive-compulsive symptom dimensions in affected sibling pairs diagnosed with Gilles de la Tourette syndrome. *Am J Med Genet.* 2003;116:60-8.
36. Taberner J, Fullana MA, Caseras X, Pertusa A, Bados A, van den Bree M, et al. Are obsessive-compulsive symptom dimensions familial in nonclinical individuals? *Depress Anxiety.* 2009;26(10):902-8.
37. Hanna GL, Hinle JA, Curtis GC, Gillespie BW. A family study of obsessive-compulsive disorder with pediatric probands. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet.* 2005;134:13-9.
38. Nikolajsen KH, Nissen JB, Thomsen PH. Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents: symptom dimensions in a naturalistic setting. *Nord J Psychiatry.* 2011;65(4):244-50.
39. Gilbert AR, Akkal D, Almeida JR, Mataix-Cols D, Kalas C, Devlin B. Neural correlates of symptom dimensions in pediatric obsessive-compulsive disorder: a functional magnetic resonance imaging study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2009;48(9):936-44.
40. van den Heuvel OA, Remijnse PL, Mataix-Cols D, Vrenken H, Groenewegen JJ, Uylings HB, et al. The major symptom dimensions of obsessive-compulsive disorder are mediated by partially distinct neural systems. *Brain.* 2009;132(Pt 4):853-68.
41. Rosso G, Albert U, Asinari GF, Bogetto F, Maina G. Stressful life events and obsessive-compulsive disorder: clinical features and symptom dimensions. *Psychiatry Res.* 2012;197(3):259-64.
42. Grisham JR, Fullana MA, Mataix-Cols D, Moffitt TE, Caspi A, Poulton R. Risk factors prospectively associated with adult obsessive-compulsive symptom dimensions and obsessive-compulsive disorder. *Psychol Med.* 2011;15:1-12.
43. Starcevic V, Brakoulias V. Symptom subtypes of obsessive-compulsive disorder: are they relevant for treatment? *Aust N Z J Psychiatry.* 2008;42(8):651-61.
44. Elvish J, Simpson J, Ball LJ. Which clinical and demographic factors predict poor insight in individuals with obsessions and/or compulsions? *J Anxiety Disord.* 2010;24: 231-7.
45. Steketee G. Overcoming obsessive-compulsive disorder. Oakland: New Harbinger; 1999.

14

ARISTIDES VOLPATO CORDIOLI
DANIELA TUSI BRAGA

Acumulação compulsiva e transtorno de acumulação

OBJETIVOS

- Caracterizar acumulação compulsiva e diferenciá-la da prática de colecionar itens por interesse pessoal ou *hobby*.
- Descrever as diferentes características clínicas da acumulação compulsiva e do transtorno de acumulação.
- Conhecer os critérios diagnósticos, a etiologia e a prevalência do transtorno.
- Diferenciar o transtorno de acumulação da compulsão por acumular, sintoma do transtorno obsessivo-compulsivo (TOC).
- Ter noção de como a acumulação compulsiva se manifesta na infância e identificar questões importantes de serem investigadas nessa fase do desenvolvimento.
- Conhecer o modelo cognitivo-comportamental do transtorno.
- Conhecer os tratamentos de escolha, principalmente as estratégias da terapia cognitivo-comportamental (TCC) utilizadas no tratamento dos pacientes com o transtorno.

A maioria das pessoas guarda objetos pessoais, como cartões postais, lembranças de viagens, presentes de amigos ou objetos que pertenceram a antepassados e em relação aos quais demonstram, muitas vezes, grande apego pelo valor sentimental que representam. Também é comum as pessoas colecionarem os mais variados objetos, como selos, moedas, armas, medalhas, condecorações, carros antigos, réplicas de automóveis, obras de arte, CDs ou DVDs de uma banda favorita ou lembranças de um determinado artista. Contemplam com prazer os itens de sua coleção, cuidam, limpam, organizam, interagem com outros colecionadores, participam de associações, promovem eventos, leilões, mantêm *sites*, com o objetivo de expor, divulgar, permutar ou até vender seus objetos. Colecionar, nessas situações, é um *hobby*, um lazer, uma atividade comercial, e pode ser um bom pretexto para uma saudável interação social. Graças aos museus, às bibliotecas, às videotecas ou aos colecionadores privados é possível preservar valiosos acervos culturais e artísticos e a própria história, seja de um ramo de atividades, de um grupo social ou de um país.

Algumas pessoas, no entanto, acumulam grandes quantidades de pertences, na maioria

das vezes sem nenhuma utilidade ou chance de uso, dos quais têm enorme dificuldade de se desfazer. Os objetos são acumulados geralmente em desordem, atravancam peças da casa, prejudicam o funcionamento da família, provocam degradação do ambiente doméstico e, não raro, criam riscos para a saúde – é a compulsão por acumular, também denominada até há pouco “colecionismo”, ou, mais recentemente, “acumulação compulsiva”, e que designa o acúmulo patológico de objetos. Acumulador compulsivo é o indivíduo que apresenta o transtorno, enquanto colecionador é o indivíduo que adquire itens por *hobby*, lazer ou até mesmo comércio, como foi apontado. Muitas vezes, a compulsão por acumular não vem acompanhada de outras obsessões e compulsões do TOC, podendo constituir o transtorno de acumulação, caracterizado recentemente pelo DSM-5 como um transtorno distinto, embora relacionado ao TOC.

Neste capítulo, será descrita a acumulação compulsiva como manifestação clínica do TOC e de várias outras doenças. Será caracterizado, ainda, o transtorno de acumulação, seu diagnóstico, as semelhanças com o TOC e o que é diferente dele, e seu tratamento, com destaque para a terapia cognitivo-comportamental.

► ACUMULAÇÃO COMPULSIVA

O termo “colecionismo”, ou “acumulação compulsiva”, foi originalmente utilizado para designar o comportamento instintivo observado em animais, sobretudo em roedores, de armazenar alimentos para o inverno. Bolman e Katz, citados por Maier,¹ usaram a expressão “acumulação compulsiva” pela primeira vez para descrever o comportamento humano patológico e excessivo de acumular. No que se refere aos humanos, os fenômenos descritos são bastante heterogêneos, e falta ao termo uma definição mais precisa. Alguns autores sugeriram

o acréscimo do termo “compulsivo” para diferenciar a atividade normal de colecionar da compulsão patológica por acumular, excessiva e impulsiva.² Este capítulo utilizará o termo “acumulação compulsiva” (*hoarding*) para descrever um quadro que apresenta as seguintes características:³

- acúmulo excessivo de objetos aparentemente desnecessários, inúteis ou de pouco valor e dificuldade em descartá-los;
- desordem, impedindo que espaços da casa sejam utilizados para a realização de atividades para as quais foram concebidos;
- sofrimento significativo ou prejuízo no funcionamento.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DA ACUMULAÇÃO COMPULSIVA

Na acumulação compulsiva, é comum o acúmulo dos mais variados objetos: revistas e jornais velhos, recortes, notas fiscais antigas, embalagens vazias, cadernos e trabalhos escolares antigos, bonecas e brinquedos infantis, muitos deles quebrados, sacolas, listas de compras, cartões de endereço, bem como roupas e sapatos sem perspectivas de uso. Alguns acumuladores chamam a atenção pela absoluta inutilidade dos objetos que guardam, como lâmpadas queimadas, palitos de fósforo queimados, cartões telefônicos descarregados, canetas esferográficas sem tinta ou quebradas, caixas de fósforo ou carteiras de cigarro vazias, aparas de lápis, caixas de creme dental vazias, papéis de balas, ferramentas ou aparelhos elétricos danificados e sem possibilidade de conserto, entre outros. Não raro, tais quinquilharias são guardadas amontoadas, em cima de mesas, prateleiras, armários ou no chão. Muitas vezes, atravancam peças importantes da casa, como o *living*, o escritório, a garagem ou até mesmo os corredores, dificultando a circulação das pessoas, impedindo as atividades do-

mésticas, comprometendo o funcionamento social e ocupacional, além de acumularem poeira e favorecerem a proliferação de ratos e insetos. Eventualmente, até atividades habituais, como cozinhar, lavar roupa, movimentar-se na casa ou dormir ficam dificultadas. A interferência dessas funções pode tornar o acúmulo de objetos perigoso, colocando as pessoas em risco de fogo, quedas (especialmente pessoas idosas), comprometendo as condições sanitárias e a saúde.⁴ Com o tempo, o próprio paciente perde o controle dos objetos acumulados; não sabe mais o que tem e nem onde pode encontrar o que procura, motivo de muita aflição ou de conflitos significativos com os familiares.

Associada ao acúmulo compulsivo de quinquilharias está a aquisição excessiva de mais objetos, seja por meio de compras em lojas, de busca em ferros-velhos, seja por meio do lixo dos vizinhos ou juntados da rua, como parafusos, porcas e até mesmo baganas de cigarro. É comum não resistirem e comprarem sucatas sem nenhuma utilidade.

Muitos acumuladores têm pouco apoio da família, convívio social e familiar. A natureza de seus problemas torna-os socialmente isolados; sentem-se constrangidos em convidar pessoas para visitá-los por terem corredores

e peças atravancados com velharias ou até mesmo lixo.

Em alguns casos, o problema pode assumir grandes proporções, com repercussões não só para os familiares, mas também para os vizinhos. Recentemente, em uma grande cidade, a polícia foi acionada para resolver o problema do mau cheiro proveniente de uma residência onde uma senhora idosa guardava verdadeiras montanhas de lixo, inclusive de matérias orgânicas, que exalavam forte odor. Foram necessários vários caminhões para retirar o lixo, o que foi feito sob protesto da referida senhora.

COMPULSÃO POR POUPAR DINHEIRO (MESQUINHEZ)

Uma forma de acúmulo compulsivo é a compulsão por poupar dinheiro, associada a desconforto e culpa diante de qualquer gasto, por mais insignificante que seja. O paciente pode chegar ao extremo de ser incapaz de comprar roupas ou até mesmo alimentos para si ou para sua família “para não gastar”. Em razão do medo de faltar dinheiro, há controle rigoroso sobre todo gasto, checagens excessivas de contas e extratos bancários, necessidade incontrolável de poupar, além de elevado grau de mesqui-

EXEMPLOS

Uma paciente tinha dezenas de caixas de sapatos vazias, que ocupavam praticamente uma peça inteira de seu pequeno apartamento. Eram guardadas porque “poderiam ser úteis no futuro”. Outro paciente guardava jornais para ler mais tarde. A quantidade de jornais velhos era tão grande (mais de 1 metro de altura) que nem dedicando várias horas do dia para a leitura durante o ano todo ele poderia cumprir tal tarefa ou, pelo menos, reduzir a “montanha”. Outra paciente tinha um quarto inteiro de roupas usadas e já empacotadas por não servirem mais para o uso, mas não conseguia descartá-las.

nhez para consigo mesmo e para com seus familiares, destoante da situação econômica real.

ARMAZENAGEM EXCESSIVA DE ALIMENTOS

A armazenagem de alimentos em situações de escassez, de desastres ambientais ou de guerras não só é comum como pode ser essencial para a própria sobrevivência. Entretanto, a armazenagem de mantimentos muito além das possibilidades concretas de consumo, em situações nas quais o abastecimento está normal, acarretando problemas, tais como geladeiras, freezers e despensas sem espaço, deterioração e vencimento dos prazos de validade

EXEMPLO

Um paciente, buscando sempre aproveitar as ofertas das redes de supermercado, chegou a ter em sua garagem/despensa um armário com 37 portas (fazia questão de mencionar o número), que ocupava toda a extensão de sua casa, da frente aos fundos, e mais 7 freezers, para guardar congelados. Seguidamente, tinha que descartar no lixo mantimentos com o prazo de validade vencido.

EXEMPLO

Um paciente havia conseguido acumular uma verdadeira fortuna, que guardava em uma caderneta de poupança, pois se sentia inseguro em fazer outros tipos de aplicações que poderiam ser mais rentáveis. Certamente, era uma das pessoas mais ricas de sua cidade. Um dos sapatos que usava estava rasgado. Segundo a esposa, tinha de ser levado contra sua vontade a uma loja, pois era incapaz de comprar uma camisa para si, e, quando o fazia, era com grande sofrimento, muitas reclamações e protestos, pois “ficaria mais pobre”. Outra paciente ficava muito irritada e brigava com seu marido quando ele comprava um par de sapatos ou de tênis, mesmo admitindo que os tênis antigos estivessem furados ou os sapatos gastos, sendo as compras mais que justificáveis.

dos alimentos, pode caracterizar a acumulação compulsiva.

LIXO ELETRÔNICO

Com a disseminação das facilidades para baixar programas, filmes, músicas, salvar e enviar mensagens, imagens, é comum a dificuldade de colocar na lixeira (deletar) muitos dos arquivos recebidos, o que acaba ocasionando problemas semelhantes aos mencionados para objetos em geral, por maiores que sejam as atuais capacidades de memória disponíveis. Os arquivos, muitas vezes, são salvos sem um critério de organização, acarretando dificuldade para encontrá-los ou, então, ultrapassando a capacidade de memória do computador, das caixas postais ou dos discos virtuais. Além disso, muitos dos programas baixados jamais serão acessados ou utilizados.

ACUMULAÇÃO COMPULSIVA DE ANIMAIS

Alguns autores sugeriram que juntar animais poderia ser uma manifestação especial de acumulação compulsiva.⁴ Efetivamente, é muito comum que certas pessoas, em razão de com-

EXEMPLO

Uma senhora de 45 anos foi visitada pela assistente social da prefeitura por denúncia dos vizinhos. Em sua casa, viviam 50 gatos e 30 cães que havia recolhido das ruas. Estavam gravemente desnutridos, reproduziam-se de forma descontrolada e não haviam recebido qualquer assistência veterinária. A assistente social encontrara ainda dois animais mortos (ratos), mau cheiro e muito lixo por todos os lados. Outra senhora juntara mais de uma dezena de cães e vários gatos, os quais criava dentro da própria casa, o que provocava constantes conflitos com o marido, os filhos e os vizinhos em razão do barulho e mau cheiro. Praticamente todo seu tempo livre era dedicado aos animais, que à noite dormiam na sua própria cama.

paixão, recolham animais, como gatos ou cães abandonados nas ruas, ou adquiram pássaros, tartarugas, cobras, etc., sem possibilidades de oferecer alimentação e assistência veterinária adequadas, consumindo tempo e recursos financeiros da pessoa, não raro muito além das suas possibilidades. Muitas vezes, os animais vivem dentro da casa, em condições deterioradas de higiene, mau cheiro, acúmulo de lixo, detritos, tornando o ambiente insalubre, além de interferir drasticamente no funcionamento da casa. É comum os vizinhos serem obrigados a denunciar a situação aos órgãos públicos de controle do meio ambiente. A pessoa revela, ainda, apego excessivo aos animais, aos quais são atribuídas qualidades humanas.⁴

➤ ACUMULAÇÃO COMPULSIVA COMO SINTOMA DO TOC

O mais comum sempre foi considerar a acumulação compulsiva um sintoma do TOC, ainda mais se está relacionada com obsessões típicas do transtorno, como medo de cometer falhas ou de causar danos (agressão); nesses casos, é considerado uma compulsão, pois teria um papel semelhante ao das demais compul-

sões do transtorno (aliviar a ansiedade).⁵ A acumulação compulsiva consta, por exemplo, em listas de sintomas obsessivo-compulsivos, questionários e escalas que medem a intensidade de sintomas, como a Escala de Sintomas Obsessivo-compulsivos Yale-Brown (Y-BOCS), a Escala Dimensional de Sintomas Obsessivo-compulsivos (DY-BOCS) e o Inventário de Obsessões e Compulsões-Revisado (OCI-R). A acumulação compulsiva não consta nos critérios diagnósticos para o TOC no DSM-IV. Entretanto, no DSM-5 a acumulação compulsiva passou a ser considerada um transtorno específico, o “transtorno de acumulação”, incluído no grupo dos transtornos relacionados ao TOC. É importante, ainda, destacar que o acúmulo excessivo de objetos sem uso e sem utilidade é um dos critérios (nº 5) para diagnóstico do transtorno da personalidade obsessivo-compulsiva (TPOC): “Não é capaz de descartar objetos usados ou inúteis, mesmo quando não têm valor sentimental” (DSM-5).

A acumulação compulsiva é um sintoma muito comum em pessoas com TOC. Em amostras clínicas de pacientes, está presente em 18 a 40% dos indivíduos (adultos, crianças e adolescentes), mas aparece como sintoma primário, na população em geral, em menos de 5%.⁶⁻⁸

Análises fatoriais têm identificado a acumulação compulsiva como uma das dimensões do transtorno ao lado das obsessões e das compulsões de conteúdo agressivo, de simetria, ordem ou arranjo, contaminação/lavagem.^{9,10} Uma metanálise recente que reuniu 21 estudos envolvendo mais de 5 mil indivíduos com TOC ao redor do mundo confirmou que a acumulação compulsiva é um fator independente, tanto em adultos quanto em crianças.¹¹

Embora as expressões “acumuladores compulsivos”, “armazenadores compulsivos” ou, ainda, “colecionamento compulsivo” sejam utilizadas, é importante destacar que o caráter de uma compulsão típica, na acumulação compulsiva, em geral não é claro: as compulsões, no sentido estrito, são comportamentos repetitivos, estereotipados, realizados com o objetivo de aliviar o desconforto associado às obsessões. A acumulação compulsiva é neutra, não está relacionada a outros sintomas do TOC, não é precedida por uma obsessão, não é estereotipada, como nas compulsões em geral, e o desconforto está, na verdade, associado mais ao descarte dos objetos.

Análises fatoriais têm confirmado de forma substancial a acumulação compulsiva como um fator ou uma dimensão específica e distinta dos demais grupos de sintomas do TOC.^{9,12} Estudos de neuroimagem funcional e de genética apontam para uma neurobiologia específica, distinta da observada nas demais dimensões do TOC.¹³ Refletindo essa tendência, instrumentos mais recentes, como a Dimensional Obsessive-Compulsive Scale (DOCS),¹⁴ já excluem a acumulação compulsiva como dimensão do transtorno.^{12,13,15,16}

Os antiobsessivos, bem como a terapia de exposição e prevenção de resposta (EPR) ou a TCC típica para o TOC, de modo geral, são menos eficazes ou não são eficazes no tratamento do transtorno da acumulação compulsiva. Entretanto, os pacientes podem melhorar com abordagens psicoterápicas especialmente

adaptadas, descritas mais ao fim do capítulo.¹⁷ Além disso, a acumulação compulsiva primária é um transtorno bem mais comum que o TOC, sendo sua prevalência ao redor de 4% ao longo da vida.⁴ Por todos esses motivos, tem sido proposto que a acumulação compulsiva primária, não acompanhada de outros sintomas do TOC, seja inclusa no DSM-5 em uma nova categoria diagnóstica, com critérios diagnósticos próprios.^{4,5,18}

Na prática, entretanto, decidir se o diagnóstico de TOC é o mais apropriado não é fácil, particularmente quando a acumulação compulsiva é o único sintoma e obsessões e compulsões típicas do TOC não estão presentes. Algumas características clínicas da acumulação compulsiva sugerem que ela seja considerada uma manifestação do TOC quando:^{4,5,13,18}

- estão presentes obsessões e/ou compulsões de outras dimensões típicas do TOC;
- o comportamento de acumular está claramente relacionado a uma obsessão e/ou se destina a reduzir ou neutralizar algum medo obsessivo ou afastar uma ameaça (p. ex., medo de contaminação, pensamentos supersticiosos, necessidade de “completude”) ou existe “para não acontecer algo de ruim”;
- o comportamento de acumular é resultado de indecisão (ter que decidir o que vai fora, medo de errar) e está associado a crenças disfuncionais, como necessidade de ter certeza, medo de descartar um documento importante, ação que pode acarretar sérias consequências;
- o acúmulo de novos itens é emocionalmente associado a emoções negativas – medo, ansiedade (egodistônica);
- há desinteresse pelos itens acumulados.

Quando a acumulação compulsiva é um sintoma do TOC, a resposta à TCC é semelhante à das demais dimensões.

➤ ACUMULAÇÃO COMPULSIVA PRIMÁRIA OU SECUNDÁRIA: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Os termos “acumulação compulsiva primária” e “transtorno de acumulação” têm sido utilizados para designar a síndrome que ocorre sem outras manifestações do TOC, na ausência de obsessões precedendo o comportamento de acumular e para distinguir da acumulação patológica secundária a outros transtornos psiquiátricos, problemas neurológicos ou transtornos do desenvolvimento (transtorno de Asperger, autismo, retardo mental).⁵

➤ ACUMULAÇÃO COMPULSIVA SECUNDÁRIA

A acumulação compulsiva pode fazer parte de diversos transtornos psiquiátricos, como de transtornos globais do desenvolvimento do espectro do autismo, incluindo transtorno de Asperger (comprometimento acentuado da capacidade de interagir socialmente, padrões restritos de interesses e atividades e comportamentos repetitivos, entre os quais a compulsão por colecionar determinado item), de retardamento grave, esquizofrenia, de transtornos do comer e da alimentação e em compradores compulsivos. Pode fazer parte das manifestações clínicas de síndromes genéticas, como na síndrome de Prader-Willi (compulsão por armazenar alimentos) e na síndrome velocardiofacial (um terço dos casos apresenta acúmulo compulsivo). É observado, ainda, em pacientes geriátricos associado a negligência com o autocuidado, na chamada síndrome de Diógenes.

ACUMULAÇÃO COMPULSIVA ASSOCIADA A PROBLEMAS NEUROLÓGICOS

A acumulação compulsiva pode surgir após traumatismos craniencefálicos ou se manifes-

tar como sequela de lesões cerebrais, quadros demenciais e na síndrome do lobo frontal. Existem vários relatos de caso de pacientes que iniciaram as compulsões de acumular depois de sofrerem lesões cerebrais no córtex orbitofrontal e no córtex medial pré-frontal, após hemorragia cerebral causada por ruptura de aneurisma da artéria comunicante anterior, ressecção de meningioma olfatório ou associadas a demência frontotemporal. Todas essas são regiões relacionadas a julgamento e tomadas de decisão, sugerindo que o córtex pré-frontal ventromedial anterior e o giro cíngulo estejam de alguma forma envolvidos no colecionamento.¹⁹ Também é comum a ocorrência de acúmulo compulsivo em pacientes com doença de Parkinson,²⁰ bem como naqueles com demência moderada para grave, associado a comportamentos repetitivos, roubo, agitação, apetite aumentado e ao comportamento de esconder alimentos de forma inadequada em bolsas, gavetas e nos bolsos da própria roupa.

Aparentemente, os mecanismos psicológicos envolvidos na acumulação compulsiva (do TOC ou do transtorno de acumulação) e no que ocorre no contexto de lesões cerebrais podem ser inteiramente distintos. Na acumulação compulsiva, os pacientes referem razões específicas para não se desfazerem de seus objetos, como apego emocional ou atribuição de um alto valor intrínseco a eles, como a principal motivação para o comportamento de acumular, ou pensamentos catastróficos relacionados ao descarte, enquanto no contexto de lesões cerebrais tal ação parece ser mais sem propósito.⁴

SÍNDROME DE DIÓGENES

Em 1975, Clark e colaboradores²¹ publicaram um artigo no Lancet intitulado *A síndrome de Diógenes: um estudo da negligência extrema em idosos*, no qual descrevem 30 casos de pes-

soas idosas (idades entre 66 e 92 anos), 14 homens e 16 mulheres, internadas em razão de doença aguda e extrema negligência com o autocuidado e com características em comum que poderiam ser chamadas de “síndrome de Diógenes”. Todos tinham casas muito sujas e em desordem e não sentiam qualquer vergonha de estarem imundos em sua aparência pessoal. Eventualmente, juntavam lixo. Todos, com exceção de dois, moravam sozinhos e, em princípio, não eram pobres, nem as casas eram ruins. Eram conhecidos dos serviços de assistência social, mas um terço deles havia recusado ajuda, de forma persistente. Embora algumas dessas pessoas apresentassem problemas psiquiátricos, a metade delas não apresentava transtornos mentais e tinha níveis intelectuais até acima da média. Muitos tinham tido vidas profissionais e de negócios bem-sucedidas, com bons níveis educacionais e familiares. Apresentavam padrões de personalidade caracterizados por desconfiança, labilidade afetiva, agressividade, dependência e distorção da realidade. Esses autores propuseram chamar a esse quadro de “síndrome de Diógenes” – uma homenagem ao filósofo grego, designando um quadro que ocorre em pessoas idosas caracterizado por extrema negligência com o ambiente à volta, com a higiene doméstica e pessoal e pelo acúmulo de grandes quantidades de itens inúteis (jornais, garrafas, latas, trapos, lixo, etc), isolamento social, falta de *insight*, recusa do tratamento e de ajuda.²¹

Uma revisão recente concluiu que até o momento atual os dados são muito escassos para se estabelecerem conclusões sólidas sobre o *status nosológico* e o quadro clínico conhecido como síndrome de Diógenes e sua relação com a acumulação compulsiva.⁴ Não está claro o quanto essa apresentação constitui verdadeira síndrome ou se é decorrente de outros transtornos, como condições demenciais comuns nessa idade.

CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS PARA O TRANSTORNO DE ACUMULAÇÃO COMPULSIVA (DSM-5)

No DSM-5 a acumulação compulsiva foi considerada um transtorno distinto do TOC, com critérios específicos para o diagnóstico e incluído no grupo dos transtornos relacionados ao TOC (*Obsessive-compulsive and related disorders*) (300.3).

Critérios diagnósticos (DSM-5):

- A) Dificuldade persistente em descartar pertences ou em separar-se deles, mesmo daqueles aparentemente sem utilidade ou valor.
- B) Essa dificuldade deve-se à necessidade percebida de guardá-los e em razão do desconforto associado ao descarte.
- C) Os sintomas resultam no acúmulo de inúmeros pertences que abarrotam e desorganizam as áreas ativas de uso da casa comprometendo substancialmente o uso pretendido de tais espaços. Se as áreas de uso da casa estão desobstruídas, isso é devido a ação de terceiros (membros da família, faxineiras, autoridades).
- D) Os sintomas causam desconforto clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes de funcionamento (incluindo manter um ambiente seguro para si e para os outros).
- E) Os sintomas não são devidos a uma condição médica (p. ex., lesão cerebral, doença cerebrovascular, síndrome de Prader-Willi).
- F) A acumulação compulsiva não é melhor explicada como sintoma de outro transtorno mental (obsessões no TOC, falta de energia no transtorno depressivo maior, delírios na esquizofrenia ou outro transtorno psicótico, déficit cognitivo em transtorno neurocognitivo maior, interesses

restritos no transtorno do espectro do autismo).

Especificar se:

- *Com aquisição excessiva:* Se a dificuldade em descartar pertences é acompanhada pela aquisição excessiva de itens que são desnecessários ou para os quais não há espaço disponível.

Especificar se:

- *Insight bom ou razoável:* O indivíduo reconhece que as crenças e os comportamentos relacionados ao acúmulo compulsivo (relativos a dificuldade de descartar itens, desordem ou aquisição excessiva) são problemáticos.
- *Insight pobre:* Predominantemente convencido de que as crenças e os comportamentos relacionados ao acúmulo compulsivo (dificuldade de descartar, aquisição excessiva, desordem) não são problemáticos, apesar das evidências em contrário.
- *Insight ausente/crenças delirantes:* Completely convencido de que as crenças e os comportamentos relacionados à dificuldade de descartar, à desordem ou à aquisição excessiva não são problemáticos, apesar das evidências em contrário.

➤ ACUMULAÇÃO COMPULSIVA NA INFÂNCIA

Pouco se sabe e se entende sobre a acumulação compulsiva na infância e na adolescência, provavelmente pelo fato de este ser um diagnóstico recente. O ato de coletar faz parte do funcionamento normal na infância e na adolescência. Segundo Winnicott,²² na fase de transição infantil da dependência para a independência, frequentemente é utilizado um objeto

de transição (objeto transicional). Esse objeto tem dupla função: por um lado, faz parte do mundo exterior, por outro, pertence a uma realidade subjetiva da criança, que lhe atribui um valor. No momento em que a criança desenvolve habilidades sociais, o objeto de transição perde sentido e é substituído por conceitos e relacionamentos sociais. Consequentemente, as crianças desenvolvem interesses por objetos que estão associados e promovem a interação com os pares (p. ex., Polly, Monster High, futebol, figurinhas). O comportamento de acumular é considerado adequado, desde que a criança não armazene quantidades exageradas de objetos bizarros ou disfuncionais.

Algumas questões podem ajudar a determinar se o ato de acumular na infância é patológico ou se é um comportamento funcional do desenvolvimento, que pode ser trabalhado pelos pais.

1 A criança está em perigo devido ao acúmulo compulsivo? É preciso uma quantidade enorme de coisas para colocar a pessoa em perigo. Um quarto bagunçado, uma sala cheia de coisas às quais a criança atribui mais valores do que o adulto, por si só, não são preocupantes. Constitui um problema quando: a criança não pode sair do quarto ou da sala ou impede o adulto de entrar; os itens acumulados colocam a criança e a família em perigo físico, e se existe resistência para solucionar o problema (armazenar lixo, itens com bordas afiadas, papéis perto de um aquecedor).

2 A criança considera alimentos um tesouro? Pedaços de pizza e sanduíches velhos debaixo das camas de adolescentes são muitas vezes comuns. Porém, estocagem excessiva de alimentos e no lugar errado pode ser um sinal de problema sério em crianças ou adolescentes. Não é estranho para uma criança esconder seu petisco favorito ou algum doce em uma gaveta do quarto ou na mochila, mas se o ar-

mazenamento é de grandes quantidades, se rouba alimentos para guardar em algum esconderijo ou mostra fixação doentia por eles, deve ser considerada a hipótese da acumulação compulsiva patológica.

3 A criança rouba coisas e armazena em seus esconderijos? Crianças com interesses obsessivos em itens incomuns e que frequentemente armazenam objetos, levando muitas vezes deliberadamente itens que pertencem a irmãos ou colegas e escondendo-os de forma desordenada em um canto pouco acessado do seu quarto, são sempre motivo de preocupação.

4 A acumulação compulsiva interfere nas atividades normais da infância? Uma regra de ouro para determinar quando um comportamento se torna um transtorno é verificar se ele impede o indivíduo de exercer atividades diárias normais. A criança consegue deixar de lado os itens acumulados para ir para a escola ou brincar com os amigos? Para participar de refeições e das atividades em família?

Um estudo recente²³ sugere como critérios diagnósticos da acumulação compulsiva na infância e adolescência os descritos a seguir:

- 1 Preocupação com a aquisição de grande quantidade de itens que não são mais úteis, práticos ou para fins de construção de algo e/ou incapacidade de se desfazer deles.
- 2 A compulsão por coletar não é mais bem explicada por uma variante natural da psicofisiologia do desenvolvimento humano.
- 3 A acumulação compulsiva não tem significado social.
- 4 As características dos objetos armazenados não são explicados apenas com base em outro transtorno do Eixo I.

Atualmente, a maioria dos estudos sobre acumulação compulsiva tem focado em adultos, e, com isso, existem poucos dados empíricos sobre o problema em crianças e adolescentes, apesar de os sintomas em geral iniciarem na infância.^{24,25} A idade de início da acumulação compulsiva varia entre 10²⁶ e 13 anos.²⁷ É um comportamento que inicia no fim da infância e que merece muita atenção dos profissionais de saúde mental, pois, se não tratado, seu curso é crônico, permanece e se agrava na vida adulta. Alguns estudos sugerem que os seguintes fatores de risco estão associados ao surgimento da acumulação compulsiva: abuso infantil,³ pais com transtornos psiquiátricos e incapazes de proporcionar um lar seguro,²⁸ transtorno de apego reativo.²⁹

A literatura recente sugere relação entre transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) e acumulação compulsiva, mas apenas um estudo avaliou essa associação direta em adultos, observando que a gravidade do déficit de atenção predisse significativamente a gravidade dos sintomas de acumulação compulsiva e não das outras dimensões de sintomas do TOC.³⁰ Também foi verificada a associação da acumulação compulsiva com TOC em crianças a problemas de aprendizagem. Testa, Pantelis e Fontenelle³¹ verificaram que 16,4% de 61 crianças com dificuldades de aprendizagem apresentavam acumulação compulsiva clinicamente significativa; 30% delas tinham TOC, enquanto apenas 5,9% apresentavam o transtorno quando a acumulação compulsiva não estava presente.

► PREVALÊNCIA

Na população em geral, foi estimada a prevalência da acumulação compulsiva clinicamente significativa de 2 a 5%, duas vezes mais do que a prevalência de TOC e quatro vezes mais do

que a de esquizofrenia e de transtorno do humor bipolar.⁴ Mueller e colaboradores,³² em uma amostra representativa da população alemanã com 2.307 indivíduos, encontraram prevalência para a acumulação compulsiva de 4,6%. Samuels e colaboradores²⁸ estimaram a prevalência para toda a vida em 742 participantes (idades entre 34 e 94 anos) de aproximadamente 4% (corrigida para 5,3%). Ela aumentou com a idade, foi inversamente proporcional à renda familiar e duas vezes maior em homens do que em mulheres. Nenhum dos participantes preenchia critérios para TOC. Entretanto, outros estudos encontraram índices bem menores. Em uma amostra maior, com 5.022 gêmeos, usando uma versão autorrespondida da Hoarding Rating Scale Interview, Lervolino e colaboradores³³ encontraram prevalência menor, de 2,3% (4,1% para homens e 2,1% para mulheres). Um estudo estimou que entre 18 e 31% de todos os indivíduos com TOC apresentam compulsões por acumular,¹ com os sintomas surgindo entre os 20 e os 30 anos. Não foram notadas diferenças entre homens e mulheres. Uma pesquisa com 126 indivíduos com TOC verificou que aproximadamente 30% deles apresentavam sintomas de acumulação compulsiva, que foi duas vezes mais prevalente em homens do que em mulheres. Os que apresentavam o sintoma haviam tido um início mais cedo dos sintomas obsessivo-compulsivos (OC), que eram mais graves, e maior prevalência de obsessões de simetria, de compulsões de contagem e alinhamento, de fobia social, de transtornos da personalidade e de *grooming disorders* (beliscar-se, roer unhas e tricotilomania), sugerindo tratar-se de um grupo com TOC mais grave e mais complicado.³⁴ Outro estudo, ainda, verificou prevalência de acumulação compulsiva em indivíduos com TOC entre 18 e 42%.² Outro dado interessante é a alta prevalência de acumulação compulsiva em familiares. Pertusa e

colaboradores¹³ verificaram que aproximadamente 50% dos acumuladores compulsivos graves tinham história familiar do comportamento.

► GENÉTICA

Estudos genéticos e de família sugerem que a acumulação compulsiva tem um padrão distinto de herdabilidade e comorbidade quando comparado a outras dimensões do TOC. O fator/dimensão acumulação compulsiva tem um padrão autossômico recessivo de herdabilidade e foi associado a marcadores genéticos nos cromossomos 4,5 e 17.³⁵ Por fim, um estudo genético com 219 famílias de pacientes que apresentavam acumulação compulsiva identificou o cromossomo 14 como ligado a esse sintoma.³⁶

► NEUROFISIOLOGIA E NEUROPSICOLOGIA

A acumulação compulsiva parece ser um transtorno neurobiologicamente distinto do TOC, com um padrão único de funcionamento anormal do cérebro. Estudos iniciais têm apontado alterações neurofisiológicas cerebrais em colecionistas, embora os resultados nem sempre sejam coincidentes. Um estudo verificou que os acumuladores compulsivos não apresentaram a característica “hiperativação do córtex orbitofrontal, do caudado e do tálamo”, observada em pacientes com TOC, mas o metabolismo significativamente diminuído no córtex cingulado posterior.³⁷ Outro estudo detectou um padrão específico de ativação cerebral no giro pré-central esquerdo e no córtex orbitofrontal direito em acumuladores compulsivos, distinto do que ocorre em indivíduos com outros sintomas OC.³⁸

A hiperativação cerebral parece ser maior em situações nas quais os pacientes são obri-

gados a descartar seus objetos. An e colaboradores³⁹ compararam pacientes com TOC e sintomas de acumulação compulsiva, pacientes com TOC sem sintomas de acumulação compulsiva e sadios utilizando imagens de ressonância magnética nuclear funcional (RMNF) em um procedimento de provocação de sintomas que consistia em instruções de áudio (p. ex., "Imagine que esses objetos lhe pertençam e você deve jogá-los fora para sempre") durante a visualização de fotografias dos itens comumente acumulados por esses pacientes. Aqueles com TOC e com sintomas de acumulação compulsiva mostraram maior ativação do córtex pré-frontal ventromedial anterior bilateral quando comparados aos outros dois grupos. Tolin e colaboradores⁴⁰ compararam as imagens de RMNF de 12 indivíduos com acumulação compulsiva grave e 12 controles sadios enquanto tomavam a decisão sobre se deveriam ou não descartar itens pessoais de papel (p. ex., correspondências velhas) que haviam trazido para o laboratório, bem como itens que não lhes pertenciam. Os itens deveriam ser guardados ou destruídos após as decisões. Durante a tomada de decisão, os acumuladores compulsivos apresentaram aumento da atividade metabólica no córtex orbitofrontal bilateral e no giro para-hipocampal. Quando a decisão foi de manter os objetos, apresentaram aumento da atividade no giro temporal superior, no giro temporal médio, no giro frontal médio, no córtex cingulado anterior, no giro pré-central e no cerebelo, em comparação ao que ocorria na situação em que deveriam descartar os objetos.

Estudos de imagens funcionais de lesões cerebrais e suas sequelas em pacientes que iniciaram a acumulação compulsiva depois de sofrerem lesões cerebrais sugerem que o córtex pré-frontal ventromedial e o cíngulo estão envolvidos no comportamento de acumular anormal. Danos na região frontal medial comprometeriam o mecanismo que modularia a pre-

disposição inata para adquirir e armazenar e ajustariam essas predisposições ao ambiente.^{4,41}

Resultados de estudos neuropsicológicos apontam evidências de que a fisiopatologia da acumulação compulsiva envolve alterações nos sistemas neurais que medeiam a tomada de decisão, a atenção, a organização e a regulação emocional,^{5,42} em um estudo neuropsicológico, identificaram alterações relativas a essa área em acumuladores compulsivos em comparação a indivíduos sadios. Constataram que os casos apresentaram pior capacidade de memória visual e verbal tardia e usaram menos as estratégias organizacionais eficazes para a evocação visual em comparação a 24 indivíduos saudáveis. Além disso, os acumuladores compulsivos apresentaram significativamente menos confiança em sua memória (metamemória) e maior nível de preocupação, potencialmente catastrófica, sobre as consequências do esquecimento. Outro estudo observou que os pacientes com acumulação compulsiva demonstraram um tempo de reação mais lento e aumento da impulsividade em comparação a um grupo que apresentava problemas clínicos mistos e um grupo da comunidade não clínico.⁴³

Em resumo, embora as evidências sejam ainda preliminares, os estudos realizados até o momento apontam para o envolvimento dos circuitos frontolímbicos na mediação no colecionamento, resultados que são consistentes com a literatura sobre lesões cerebrais e que ao mesmo tempo contrastam com os estudos que demonstram o envolvimento de circuitos frontoestriatais no TOC.

➤ O MODELO COGNITIVO DA ACUMULAÇÃO COMPULSIVA

O modelo cognitivo-comportamental da acumulação compulsiva tem auxiliado a com-

preensão desse importante transtorno, e abordagens psicoterápinas nele embasadas têm-se revelado promissoras, modificando o panorama pessimista que se tinha, até há pouco, sobre o tratamento tanto farmacológico quanto psicoterápico do transtorno. Esse modelo, proposto por Frost e Hartl,³ refere que o transtorno da acumulação compulsiva é provocado por um conjunto de fatores:

- déficits no processamento de informações;
- apego emocional excessivo aos objetos;
- crenças errôneas sobre a importância dos pertences;
- fatores comportamentais: evitações e reforço negativo do ato de acumular.

DÉFICITS COGNITIVOS E NO PROCESSAMENTO DE INFORMAÇÕES

DIFÍCULDADES DE ATENÇÃO E FALTA DE CONFIANÇA NA MEMÓRIA

Os acumuladores compulsivos caracterizam-se por apresentar dificuldades importantes em relação a focar e manter a atenção nas tarefas, classificar e organizar seus pertences e tomar decisões. Apesar de não existirem evidências de que apresentem problemas de memória, têm dificuldade em confiar nela e apresentam dúvidas quanto à confiabilidade de suas lembranças. Costumam mexer em seus pertences, mudá-los de lugar e esquecer onde os colocaram. Têm medo de que falhas de memória possam impedi-los de ter acesso ou de localizar os objetos que acumularam. Geralmente, acreditam que sua memória é pobre e, por isso, necessitam manter seus pertences sempre à vista. Em consequência disso, eles estão por todos os lugares, sempre ao alcance de seus olhos, o que colabora para a grande desorganização.

DIFÍCULDADES PARA CLASSIFICAR E TOMAR DECISÕES

Os acumuladores compulsivos apresentam grande dificuldade para classificar seus pertences e latência aumentada para tomar decisões sobre eles. Decidir entre o que guardar ou o que pôr fora é extremamente complicado pela dificuldade em distinguir o que de fato é importante do que não tem valor algum. Uma borra-chá velha e usada tem tanta importância quanto um aviso de devolução do imposto de renda. Se todos os objetos forem guardados, não haverá lamentações ou arrependimento por tê-los posto na lixeira. Por esse motivo é que existe a grande dificuldade em separar os objetos.

Além de evitar as tomadas de decisão e, consequentemente, o descarte, os acumuladores compulsivos fogem de rotinas diárias, como revisar correspondência, retornar chamadas telefônicas, pagar as contas ou lavar a louça. Devido à falta de hábitos rotineiros, é comum a dificuldade de encontrar objetos, documentos, contas a pagar, recibos a serem utilizados na declaração de imposto de renda. Rotinas de refeições, horários para ver televisão, estudar ou ler também ficam comprometidos, na medida em que os mesmos locais são utilizados para muitas finalidades. Muitos esquecem ou trocam os horários dos medicamentos, perdem comprimidos, receitas, no meio da desordem. Decisões simples do cotidiano que envolvem escolhas ou opções, como o que vestir pela manhã, o que comer no almoço, fazer a revisão do carro, pagar uma conta que está por vencer ou onde passar as férias, são proteladas até o último instante, e, não raro, os prazos são vencidos.

APEGO EMOCIONAL EXCESSIVO AOS OBJETOS

Os acumuladores compulsivos apresentam grande necessidade de ter o controle de seus

objetos, protegendo-os de eventuais danos, do uso indevido e, sobretudo, do extravio. Cada item é ímpar e único; criam uma categoria para cada um deles e resistem a visualizá-los em conjunto. Estão vigilantes sobre os demais membros da família para ver se alguém moveu algum objeto do lugar e facilmente percebem se algo sumiu ou foi modificado. Sentem extremo desconforto ou raiva, como se fosse violação de sua privacidade, caso algum de seus objetos seja tocado ou movimentado por outra pessoa. Podem se tornar agressivos quando são obrigados a jogar fora ou a dar algum dos objetos que guardam ou acumulam. São comuns, ainda, a contagem frequente e a conferência dos objetos como forma de controle, com a finalidade de se tranquilizar de que nada foi extraviado. Os acumuladores compulsivos, em geral, se sentem responsáveis pelo que pode acontecer com seus objetos e evitam ser irresponsáveis ou cometer desperdícios com seus pertences. Alguns acreditam que cada item tem um significado especial. Olham seus objetos como partes de si mesmos. Põem muito mais sentimento nos objetos do que os não acumuladores compulsivos e sentem conforto emocional muito grande ao lado de suas quinquilharias.

CRENÇAS DISTORCIDAS SOBRE SEUS PERTENCES

Com frequência, a acumulação compulsiva está associada a medos obsessivos de perder itens importantes de que o paciente acredita que possa vir a necessitar no futuro. Adquirem e guardam objetos para se preparar para qualquer contingência imaginável. Os objetos são mantidos, simplesmente, pela dificuldade de jogar fora ou em razão de pensamentos ou crenças subjacentes (“Vai ser útil no futuro”, “O que vai ser de mim se eu necessitar e não encontrar ou tiver jogado fora?” ou “Não serei

capaz de encontrar algo de que vou necessitar”, etc.).

FATORES COMPORTAMENTAIS: EVITAÇÕES E REFORÇO NEGATIVO

Os acumuladores compulsivos sentem grande ansiedade ou desconforto com a perspectiva de terem perdido algum pertence, de terem erradamente descartado algo ou de não terem comprado algum objeto que poderia ter utilidade. Acredita-se que essa ansiedade e esse desconforto sejam os motivos que os impedem de descartar os objetos. A regra é ansiedade intensa, culpa, depressão diante da perspectiva de perder (ter que descartar ou não adquirir) um objeto. A intensidade dessas emoções leva a evitar o descarte (jogar na lixeira ou doar) de objetos inúteis, a adquirir e guardá-los. Além disso, não permitem que outras pessoas selecionem alguns de seus objetos ou papéis para que sejam descartados.⁴⁴ Já a aquisição de novos objetos, achar algo no lixo, ganhar de algum amigo um móvel antigo, um eletrodoméstico usado, ou descobrir um “tesouro” em um ferro-velho é motivo de grande excitação, o que funciona como um reforço positivo.

➤ TRATAMENTOS

MEDICAMENTOS

Os primeiros estudos mostraram que os pacientes que apresentavam compulsões por acumular não respondiam ao tratamento-padrão com medicamentos antiobsessivos, ou a resposta era menor do que a de outras dimensões de sintomas OC.⁴⁵⁻⁴⁷ Outros pesquisadores, entretanto, não encontraram diferenças.⁴⁸⁻⁵⁰ Em mais ou menos a metade de 16 estudos realizados entre 1997 e 2009, os pacientes acumuladores compulsivos responderam pior do que os não colecionistas, e a outra metade não en-

controu diferenças.⁴ Possivelmente, tais resultados distintos podem estar relacionados à heterogeneidade das amostras, algumas com acumulação compulsiva grave, avaliado conforme os critérios de Frost, e outras não. Apenas um estudo, o de Saxena,⁵⁰ avaliou a gravidade dos sintomas antes e depois do tratamento com paroxetina. A acumulação compulsiva teve uma redução de 25% semelhante à redução de 23% dos sintomas OC. Essa mesma autora, em um estudo de revisão, concluiu que a acumulação compulsiva, em pacientes com TOC, não está necessariamente associada a resposta pobre aos inibidores da recaptação de serotonina (IRSSs).¹⁹

TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL

Os primeiros ensaios com exposição e prevenção de resposta focavam em descartar o maior número possível de itens, o mais rapidamente possível, abstendo-se o paciente de inspecionar de forma minuciosa os objetos descartados. Esse método apresentou problemas com a adesão e, consequentemente, pouca resposta ao tratamento. Diversos autores propuseram modificações na terapia de EPR habitual para o TOC na abordagem da acumulação compulsiva. Ensaios clínicos iniciais têm apresentando resultados positivos.

Steketee e Frost⁵¹ desenvolveram um método de tratamento que inclui entrevistas motivacionais; sessões no consultório e na casa do paciente; treino de habilidades (organizar, planejar, tomar decisões e solucionar problemas); exposição a classificar, descartar e a não adquirir; reestruturação cognitiva; monitoramento mediante escalas específicas; visitas domiciliares; e fotografias. Os resultados aparentemente são promissores, desde que seja abordado o problema da adesão aos exercícios.⁴

Tolin e colaboradores⁴⁴ trataram 14 pacientes que apresentavam a acumulação compulsiva como principal problema utilizando:

- 1 treino de habilidades para organizar, tomar decisões e solucionar problemas;
- 2 exposição na imaginação e ao vivo direta e indireta às situações evitadas;
- 3 reestruturação cognitiva de crenças relacionadas a acumulação compulsiva (perfeccionismo, necessidade de ter certeza).

Também foram utilizadas entrevistas motivacionais (quando havia pouca adesão às tarefas de casa) e visitas domiciliares, pelo menos uma por mês, ou em 25% das sessões. Eventualmente, foram utilizadas sessões chamadas de “maratonas” (mutirões), com duração de mais de 2 horas, nas quais o terapeuta comparecia à casa do paciente para auxiliá-lo a classificar, organizar e descartar objetos. Dez pacientes completaram o tratamento, e cinco (a metade), ao fim, foram classificados como muito melhores, com redução de 50% nos escores das escalas de acumulação compulsiva.

Em casos mais graves e refratários aos tratamentos, uma abordagem mais agressiva, envolvendo internação hospitalar por seis semanas e adoção do enfoque denominado “multimodal”, com o uso de IRSSs e TCC intensiva, mostrou-se eficaz.⁵²

TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL: ETAPAS

AVALIAÇÃO INICIAL

A preocupação inicial do profissional deve ser a de esclarecer se a acumulação compulsiva é uma manifestação do TOC, do TPOC, de um transtorno global do desenvolvimento, de al-

gum transtorno neurológico ou da acumulação compulsiva primária ou se trata do transtorno de acumulação.

Com essa finalidade, devem ser feitas uma avaliação cuidadosa do paciente e a coleta de sua história (anamnese), dos antecedentes psiquiátricos, de problemas médicos, entre outros, devendo-se solicitar as avaliações e os exames complementares que o bom senso determinar. Focando na acumulação compulsiva, deve-se esclarecer se existem outros sintomas OC (TOC), o início dos sintomas e a evolução ao longo da vida, a prevalência da doença em familiares, a presença de comorbidades, depressão e transtorno da personalidade obsessivo-compulsiva, o grau de *insight* sobre a natureza de seus sintomas e o quanto o paciente está motivado para o tratamento.

ESCALAS PARA AVALIAÇÃO DA ACUMULAÇÃO COMPULSIVA

É interessante fazer uma avaliação da gravidade dos sintomas antes do início do tratamento. Pode-se usar uma escala visual, a Clutter Image Rating, que consiste em três séries de nove fotografias de uma cozinha, uma sala de estar e um quarto de dormir. Para cada uma dessas peças, o paciente seleciona a fotografia que mais se aproxima da sua realidade, pontuando de 1 a 9.¹⁷ Existem diversas outras escalas que levam em conta as diferentes dimensões da acumulação compulsiva, tais como: a compulsão por acumular, a dificuldade de descartar, o grau de desordem, a compulsão por comprar ou adquirir mais objetos. São elas:

- 1 Saving Inventory – Revised;⁵³
- 2 Hoarding Rating Scale – Interview (HRSI);²⁵
- 3 UCLA Hoarding Severity Scale;⁵⁰
- 4 Compulsive Acquisition Scale;⁵⁴
- 5 Saving Cognitions Inventory.⁵⁵

A Saving Inventory – Revised foi recentemente traduzida para o português, tendo também apresentado boas propriedades psicométricas.⁵⁶

NÍVEL DE *INSIGHT* E MOTIVAÇÃO PARA O TRATAMENTO

Os acumuladores compulsivos geralmente têm pouco ou nenhum *insight* sobre a natureza do seu transtorno e pouca consciência do impacto da doença e da desordem em sua vida. Costumam negar a natureza psicopatológica de seus sintomas, mesmo quando graves, resistindo às sugestões dos familiares de buscar ajuda, justificando com racionalizações e novas aquisições. Em geral, são egossintônicos aos sintomas: têm apego emocional aos seus objetos, com os quais se sentem confortáveis, seguros, e têm até certo prazer ao lado do amontoado de coisas. Essa característica, aliada à falta de *insight* e ao desconforto que sentirão com o descarte, são responsáveis pela recusa, falta de adesão, pelo abandono e pelos resultados pobres do tratamento psicológico, mesmo quando há pressão da família e até das autoridades.

Os acumuladores compulsivos dificilmente buscarão o tratamento por iniciativa própria. São os demais membros da família, que mais se incomodam com o fato de os espaços estarem tomados por coisas inúteis, que os pressionam a buscar ajuda. Se a relação com outra pessoa tem grande importância para o acumulador compulsivo e se a compulsão por acumular compromete a continuidade da relação, o tratamento tem mais chance de ser bem-sucedido, mas nem sempre é esse o caso. Na maioria das vezes, a situação está cristalizada há muitos anos, e, se não for por alguma razão externa (mudança de casa ou apartamento, necessidade por razões de saúde, nascimento de filho), ele dificilmente fará algum movimento em direção à busca do tratamento e à mudança.

MOTIVANDO O PACIENTE PARA O TRATAMENTO: PSICOEDUCAÇÃO

O primeiro problema a ser enfrentado, portanto, é a falta de *insight* e a motivação para o tratamento. As estratégias a serem utilizadas são a psicoeducação sobre os fatores responsáveis pela origem e manutenção dos sintomas (conceitualização cognitivo-comportamental da acumulação compulsiva), a análise de vantagens e desvantagens da aquisição excessiva e do acúmulo compulsivo, da desordem, e a avaliação do grau de interferência no funcionamento da casa e do quanto as peças da casa foram desviadas do projeto inicial. É crucial que o paciente aprenda a visualizar seu problema em termos de compulsão por acumular, dificuldade em descartar, e as razões (motivos, crenças, excitação) que levam a tal comportamento, desconforto associado ao descarte, deficiências no processamento de informação e impacto no funcionamento diário, familiar e social.

ESTABELECIMENTO DAS METAS DO TRATAMENTO

Uma vez que o paciente tenha compreendido a natureza de seu problema e aceito iniciar o tratamento, é importante estabelecer um acordo sobre os objetivos deste, que foca nas consequências da acumulação compulsiva e na eliminação dos reforçadores positivos e negativos. Têm sido propostas as seguintes metas para o tratamento, que devem ser estabelecidas em comum acordo com o paciente:^{44,52}

- Reduzir a desordem doméstica criando um ambiente organizado e que aumente a sensação de bem-estar.
- Melhorar o uso apropriado do espaço criando locais adequados para trabalho, lazer, alimentação, sono, descanso.
- Definir a finalidade e qual o uso a ser dado a cada peça da casa.

- Estabelecer uma moratória para novas aquisições desnecessárias, substituindo esses comportamentos por outras atividades prazerosas.
- Reduzir o lixo descartando pertences desnecessários ou sem chance de uso futuro.
- Organizar os pertences para torná-los mais acessíveis.
- Melhorar a capacidade de tomar decisões diminuindo a indecisão e a procrastinação.
- Diminuir a vigilância, o controle e os medos obsessivos relacionados ao descarte de objetos.
- Melhorar a capacidade de organizar a casa e a administração do tempo.

METAS PARA O DESCARTE

Antes de iniciar o descarte, deve-se solicitar ao paciente que bata fotografias que mostrem o atravancamento e a desordem existentes em cada uma das peças, as quais servirão como referência para avaliar a evolução do tratamento. Com base nessas fotografias, o terapeuta solicitará ao paciente que imagine como seria sua casa ideal e como seria cada uma das peças. Poderá questioná-lo, ainda, sobre a percentagem de pertences que terá que ser removida a fim de atingir esse ideal. Esse percentual será lembrado ao longo tratamento como uma meta a ser atingida, junto à visualização das fotografias, para ter sempre em mente o quanto de desordem já foi eliminado e o quanto terá que eliminar a fim de transformar sua casa no ambiente ideal com o qual sonhou.

REALIZAÇÃO DO DESCARTE

O descarte é a etapa mais crítica e envolve algumas decisões que antecedem sua realização propriamente dita, como a tomada de decisão em relação ao destino a ser dado aos objetos – o que será doado, vendido, colocado no lixo ou guardado de forma organizada –; por onde

começar o descarte – se por um determinado item ou por uma peça da casa – organização da logística necessária; e agendamento da realização. O terapeuta poderá, ainda, programar visitas regulares ao domicílio para acompanhamento *in loco* da evolução do tratamento. Algumas sessões da terapia podem ser feitas na casa do próprio paciente, eventualmente com a participação dos familiares.

Algumas regras devem ser seguidas para o planejamento e a realização do descarte:

- O paciente é a pessoa que tomará todas as decisões sobre o que será feito com seus pertences.
- O terapeuta, bem como os familiares, não devem tocar ou remover qualquer objeto do paciente, a não ser que ele solicite ajuda.
- Os familiares (pessoas de confiança) poderão auxiliar depois que o paciente tiver tomado suas decisões e desde que elas sejam respeitadas.
- Uma vez decidido o destino a ser dado aos pertences, deve-se providenciar o que é necessário para o descarte: sacos grandes de lixo, caixas de papelão, contatar alguém ou alguma instituição que poderá receber os itens que pretende doar, quem auxiliará (porteiro/zelador/empregada/amigo) e quem fará o transporte.
- Decidir se o descarte será iniciado por peça ou por item. Esvaziar e organizar uma peça, um armário ou uma estante de cada vez e não ficar se movimentando de uma peça para outra ou de um tipo objeto para outro. Completar inteiramente o descarte planejado, para depois iniciar outro.
- Ao colocar os objetos nas caixas ou nos sacos, o paciente não deve voltar a olhar para eles. Interromper quaisquer ruminações sobre dúvidas em relação ao descarte (se foi correto ou não, se vai fazer falta ou não no futuro) e de forma alguma acariciar os objetos antes ou mesmo depois de descartá-los.
- O paciente pode pensar em voz alta enquanto classifica seus pertences: permite que compreenda as crenças e emoções que determinam o comportamento de adquirir, guardar, organizar ou descartá-los, bem como o racional para guardá-los.
- Relaxar. Depois de realizar o descarte, procurar distrair-se ouvindo música, lendo, usando o computador ou organizando, no espaço liberado, os objetos que irão permanecer e tomar posse dele. Se a aflição for muito grande, sair de casa para realizar alguma atividade que seja prazerosa.

REESTRUTURAÇÃO COGNITIVA

Um segundo passo é o paciente modificar suas crenças disfuncionais sobre seus pertences e sobre a necessidade de guardá-los. Em um primeiro momento, o terapeuta irá auxiliá-lo a identificar os pensamentos automáticos e as crenças sobre as consequências de se desfazer de seus objetos e os acontecimentos desastrosos que imagina que possam ocorrer caso se desfaça de alguma coisa. Em um segundo momento, será estimulado a reformular suas convicções e medos obsessivos sobre o descarte desafiando suas crenças e eventualmente fazendo experimentos comportamentais. Questões: “Qual é a pior coisa que poderia acontecer se você não tiver esse item?”; “O que você acha que outras pessoas fazem se não tiverem objetos semelhantes?”; “Se você jogar fora uma informação contida nesse recorte de jornal, teria como acessá-la caso viesse a necessitar dela no futuro?”; “O que de pior pode acontecer se você nunca mais enxergar esse objeto ou se, por acaso, no futuro, vier a necessitar dele?”; “O que, de fato, poderá acontecer? Irá sobreviver?”. Para dar suas respostas, o paciente não deve se guiar pelo que sente

ao descartar suas coisas, apenas por fatos. Se ele se orientar pelo que sente, jamais colocará algo fora e perpetuará suas compulsões por acumular. O objetivo é ter maior espaço utilizável, e não um “museu de memórias passadas”. Deve lembrar que, de fato, passará por momentos de desconforto e aflição que depois desaparecerão em virtude da habituação, como ocorre com os demais sintomas do TOC quando há exposição.

EXPERIMENTO COMPORTAMENTAL

É interessante lembrar que não vale a pena guardar revistas velhas, jornais ou recortes de certas matérias. Encontra-se tudo, e mais facilmente, com as ferramentas de pesquisa que hoje existem na internet. O paciente pode fazer um teste buscando encontrar um assunto na sua pilha de jornais ou revistas usadas ou, então, em *sites* no Google ou qualquer outra ferramenta de busca e observar o que foi mais rápido ou efetivo. Muitas vezes, sai mais barato comprar um eletrodoméstico novo do que consertar o que estragou; da mesma forma, não compensa desentortar pregos ou usar parafusos velhos, devido à facilidade de conseguir novos e por preços acessíveis. Peças de automóvel ou componentes eletrônicos podem ser conseguidos com facilidade em *sites* como Mercado Livre, Ebay, em lojas de peças usadas, entre outros meios.

INTRODUZINDO COMPORTAMENTOS ALTERNATIVOS

O transtorno de acumulação tende a ser uma ocupação de tempo integral, especialmente quando primário e grave. É importante substituir as atividades relacionadas ao transtorno por comportamentos mais adaptativos. Isso pode ser feito de várias maneiras: em primeiro

lugar, embora muitos acumuladores compulsivos não gostem da ideia de horários, eles se beneficiarão da estruturação das atividades no seu dia a dia. Estabelecer uma agenda cotidiana ajuda o paciente a desenvolver o hábito de tomar medicamentos regularmente, de ir dormir nos momentos adequados e a ser ativo durante o dia. Essas mudanças podem contribuir muito para a melhora do funcionamento geral e do humor.

Com o tratamento, os pacientes são obrigados a realizar atividades que antes eram evitadas, como lavar roupa, esvaziar a lixeira, revisar regularmente a caixa de correio e as correspondências, colocar fora os jornais e as revistas que já foram lidos ou propagandas. Na terapia, são estimulados a designar dias e horários específicos para cada atividade. No decorrer do tratamento, começam a estruturar planos e, consequentemente, o uso do tempo no longo prazo, o que pode incluir retomada da atividade profissional, trabalho voluntário, inscrição em cursos, entre outras alternativas.

Também é importante que incorporem na sua agenda o tempo de lazer em cada dia. Acumuladores compulsivos relatam que muitas vezes não têm tempo para relaxar, para o lazer ou para dedicar aos seus *hobbies*. Com esse propósito, são ensinados a criar um cronograma realista de atividades, o qual inclui suas tarefas, tarefas de casa, da TCC, atividades re-creativas, alimentação e tempo para dormir.²

COMPULSÕES POR POUPAR

Em alguns pacientes, a acumulação compulsiva se manifesta pela preocupação patológica em não gastar e em acumular dinheiro. Se o paciente reconhecer a natureza patológica de sua compulsão por poupar, será possível iniciar o tratamento fazendo um levantamento dos gastos, do dinheiro acumulado e de como ele se comporta quando é necessário comprar

itens importantes, como roupas e sapatos, ou quando vai ao supermercado: se é mesquinho, miserável consigo mesmo e com a família; se sofre em vez de ter prazer sempre que faz alguma compra; o que lhe ocorre quando eventualmente tem alguma redução em sua renda (irá ficar pobre, não terá como pagar suas contas e nem contará com alguém para ampará-lo); e se faz inúmeras checagens relacionadas às finanças (extratos bancários, talões de cheque, gastos seus e dos familiares). Esses pacientes evitam sobretudo gastos com lazer, como ir a um restaurante, tirar férias ou fazer uma viagem. A terapia utiliza a exposição, a prevenção de rituais, experimentos comportamentais e intervenções cognitivas.

A prevenção de rituais inicia com o levantamento de todas as verificações que são realizadas e das evitações para qualquer gasto. Sêrão programados exercícios para se abster de executá-las, mesmo que seja de forma gradual. A exposição pode ser a programação das compras necessárias e que vêm sendo evitadas ou adiadas ou que são feitas com grande sofrimento. Em um segundo momento, podem ser planejadas a compra de algum supérfluo no supermercado, por exemplo, e a retomada de atividades de lazer, como ir regularmente a um restaurante ou fazer uma viagem nas férias. Por fim, pode-se estabelecer um plano racional de gastos, compatível com os ganhos da família, no qual estejam também previstos os gastos diários, semanais ou mensais regulares e o que deve ser poupança para aquisição de casa, automóvel e investimentos de longo prazo, como aplicações financeiras ou aposentadoria. Se for o caso, é possível incluir ajuda de um assessor financeiro.

Em geral, o paciente tem argumentos racionais para sua compulsão por poupar e seu estilo miserável de vida. Explorá-los permite identificar crenças ou pensamentos distorcidos, geralmente discrepantes das suas condições econômicas, que “justificam” as compulsões por poupar ou para não comprar objetos de primeira necessidade, como roupas ou alimentos: “Vai diminuir o dinheiro que tenho na poupança”, “Vai fazer falta depois”, “É um desperdício” são algumas das justificativas distorcidas que podem ser questionadas.

TÉRMINO DO TRATAMENTO

Conforme o tratamento transcorre, é interessante monitorar, por meio de fotografias, ou até mesmo de visitas domiciliares, o andamento do descarte, o grau de desordem e a organização do uso dos espaços dentro da casa, para conferir junto ao paciente se foram atingidos os planos inicialmente traçados e fazer os últimos ajustes para atingi-los. É altamente motivador, no fim do tratamento, comparar as fotografias “antes de” com as “depois de” das áreas trabalhadas. Quando colocadas lado a lado, as fotografias mais recentes permitem apreciar as modificações e melhorias que foram feitas e proporcionam uma imagem visual do benefício das tarefas realizadas.

Os pacientes são fortemente estimulados a seguir em acompanhamento após completar o programa de tratamento intensivo, de forma quinzenal ou mensal, por um período variável de 3 a 6 meses, para sessões de reforço. Sem um acompanhamento ambulatorial adequado, a maioria dos pacientes não mantém os ganhos obtidos com o tratamento intensivo.²

R E S U M O E D E S T A Q U E S

- Acumulação compulsiva designa o comportamento caracterizado pelo acúmulo excessivo e desordenado de objetos com poucas possibilidades de uso e pela dificuldade em descartá-los.
- Os objetos acumulados com mais frequência são roupas, revistas, jornais velhos, notas fiscais antigas, mantimentos, embalagens vazias, trabalhos escolares antigos, sacolas, cartões e cartas.
- São comuns, ainda, o armazenamento excessivo de alimentos e a economia exagerada de dinheiro associada a grande dificuldade de gastar, mesmo em compras necessárias.
- A acumulação compulsiva muitas vezes interfere acentuadamente no funcionamento familiar, pelo espaço que os objetos ocupam em prejuízo de um uso mais racional dos espaços da casa e por dificultar a circulação das pessoas.
- Evidências sugerem que a acumulação compulsiva seja um transtorno distinto do TOC, com neurofisiologia e genética específicas.
- Os acumuladores compulsivos caracterizam-se por apresentar problemas em relação a focar e manter a atenção, dificuldade em confiar na memória, em classificar os itens que acumulam e, principalmente, grande demora em tomar decisões que envolvam suas posses. Apresentam, ainda, apego emocional excessivo a objetos e crenças distorcidas sobre o valor e a utilidade de seus pertences. Acredita-se que o comportamento de acumular pertences seja em grande parte decorrente da dificuldade em descartá-los.
- O tratamento mais efetivo é a terapia cognitivo-comportamental, na qual o paciente faz uma relação de todos os itens acumulados, uma avaliação do grau da desordem e do comprometimento das peças da casa, um planejamento para retomada do plano inicial de uso dos espaços e programação do descarte.
- A TCC pode ter sucesso quando se concentra nos problemas específicos da acumulação compulsiva: a desordem, a aquisição compulsiva e a dificuldade em descartar.
- As técnicas utilizadas que se revelaram efetivas foram o treinamento em habilidades para organizar, tomar decisões e resolver problemas; a exposição na imaginação e/ou direta às situações evitadas; o planejamento e a realização do descarte; e a reestruturação cognitiva, destacando as crenças relacionadas à acumulação compulsiva.
- Visitas no domicílio e mutirões de descarte podem ser estratégias efetivas.

TOCTOCTOCTOCTOCTOCTOCTOCTOCTOC

► REFERÊNCIAS

1. Maier T. On phenomenology and classification of hoarding: a review. *Acta Psychiatr Scand.* 2004;110:323-37.
2. Saxena S, Maidment KM. Treatment of compulsive hoarding. *J Clin Psychol.* 2004;60:1143-54.
3. Frost RO, Hartl TL. A cognitive-behavioral model of compulsive hoarding. *Behav Res Ther.* 1996;34(4):341-50.
4. Pertusa A, Frost RO, Fullana MA, Samuels J, Steketee G, Tolin D, et al. Refining the diagnostic boundaries of compulsive hoarding: a critical review. *Clin Psychol Rev.* 2010;30:371-86.
5. Mataix-Cols D, Frost RO, Pertusa A, Clark LA, Saxena S, Leckman JF, et al. Hoarding disorder: a new diagnosis for DSM-V? *Depress Anxiety.* 2010;27(6):556-72.
6. Mataix-Cols D, Nakatani E, Micali N, Heyman I. Exposure plus response prevention versus exposure plus safety behaviours in reducing feelings of contamination, fear, danger and disgust. *J Am Acad Child Adol Psychiatr.* 2008;47:773-8.
7. Rasmussen S, Eisen J. Clinical features and phenomenology of obsessive-compulsive disorder. *Psychiatric Annals.* 1989;19:67-73.
8. Samuels J, Bienvenu OJ Jr, Riddle MA, Cullen BA, Grados MA, Liang KY, et al. Hoarding in obsessive-compulsive disorder: results from a case-control study. *Behav Res Ther.* 2002;40:517-28.
9. Leckman JF, Grice DE, Boardman J, Zhang H, Vitale A, Bondi C, et al. Symptoms of obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatr.* 1997;154(7):911-7.
10. Rosario-Campos MC, Miguel EC, Quatrano S, Chacon P, Ferrao Y, Findley D, et al. The Dimensional Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (DY-BOCS): an instrument for assessing obsessive-compulsive symptom dimensions. *Mol Psychiatr.* 2006;11:495-504.
11. Bloch MH, Landeros-Weisenberger A, Rosario MC, Pittenger C, Leckman JF. Meta-analysis of the symptom structure of obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatr.* 2008;165(12):1532-42.
12. Mataix-Cols D, Rosario-Campos MC, Leckman JF. A multidimensional model of obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatr.* 2005;162(2):228-38.
13. Pertusa A, Fullana MA, Singh S, Alonso P, Menchon JM, Mataix-Cols D. Compulsive hoarding: OCD symptom, distinct clinical syndrome, or both. *Am J Psychiatr.* 2008;165(10):1289-98.
14. Abramowitz JS, Deacon BJ, Olatunji BO, Wheaton MG, Berman NC, Losardo D, et al. Assessment of obsessive-compulsive symptom dimensions: development and evaluation of the Dimensional Obsessive-Compulsive Scale. *Psychol Assess.* 2010;22(1):180-98.
15. Abramowitz JS, Wheaton MG, Storch EA. The status of hoarding as a symptom of obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther.* 2008;46:1026-33.
16. Wu KD, Watson D. Hoarding and its relation to obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther.* 2005;43:897-921.
17. Frost R, Steketee G, Tolin D, Renaud S. Development and validation of the clutter image rating. *J Psychopathol Behav Assess.* 2008;30(3):193-203.
18. Rachman S, Elliott CM, Shafran R, Radomsky AS. Separating hoarding from OCD. *Behav Res Ther.* 2009;47:520-2.
19. Saxena S. Neurobiology and treatment of compulsive hoarding. *CNS Spectrums.* 2008;13(9 Suppl 14):29-36.
20. O'Sullivan SS, Djamshidian A, Evans AH, Loane CM, Lees AJ, Lawrence AD. Excessive hoarding in Parkinson's disease. *Mov Disord.* 2010;25(8):1026-33.
21. Clark AN, Mankikar GD, Gray I. Diogenes syndrome: a clinical study of gross neglect in old age. *Lancet.* 1975;1(7903):366-8.
22. Winnicott DW. Transitional objects and transitional phenomena: a study of the first not-me possession. *Int J Psychoanal.* 1953;34:89-97.
23. Aerts L, Janssen EP, Janssen NJ, Boogaard LH, Ficken JM, Voogd LP, et al. Pathological hoarding by children and adolescents. *Tijdschr Psychi.* 2012;54:349-57.
24. Grisham JR, Frost RO, Steketee G, Kim HJ, Hood S. Age of onset of compulsive hoarding. *J Anxiety Disorders.* 2006;20:675-86.
25. Tolin DF, Meunier SA, Frost RO, Steketee G. Course of compulsive hoarding and its relationship to life events. *Depress Anxiety.* 2010;27:829-38.
26. Samuels JF, Bienvenu OJ, Pinto A, Fyer AJ, McCracken JT, Rauch SL, et al. Hoarding in obsessive-compulsive disorder: results from the OCD Collaborative Genetics Study. *Behav Res Ther.* 2007;45:673-86.
27. Seedat S, Stein DJ. Hoarding in obsessive-compulsive disorder and related disorders: a preliminary report of 15 cases. *Psychiatry Clin Neurosci.* 2002;56:17-23.
28. Samuel JF, Bienvenu OJ, Grados MA, Cullen B, Riddle MA, Lian K-Y, et al. Prevalence and correlates of hoarding behavior in a community-based sample. *Behav Res Ther.* 2008;46(7):836-44.
29. Cermele JA, Melendez-Pallitto L, Pandina GJ. Intervention in compulsive hoarding: a case study. *Behav Modif.* 2001;25:214-32.
30. Tolin DF, Villavicencio A. Inattention, but not OCD, predicts the core features of hoarding disorder. *Behav Res Ther.* 2011;49:120-5.
31. Testa R, Pantelis C, Fontenelle LF. Hoarding behaviors in children with learning disabilities. *J Child Neurol.* 2011;26:574-9.
32. Mueller A, Mitchell JE, Crosby RD, Glaesmer H, de Zwaan M. The prevalence of compulsive hoarding and its association with compulsive buying in a German population-based sample. *Behav Res Ther.* 2009;47:705-9.

33. Lervolino AC, Perroud N, Fullana MA, Guipponi M, Cherkas L, Collier DA, et al. Prevalence and heritability of compulsive hoarding: a twin study. *Am J Psychiatry*. 2009;166:1156-61.
34. Samuels J, Bienvenu OJ, Riddle MA, Cullen BA, Grados MA, Liang KY, et al. Hoarding in obsessive-compulsive disorder: results from a case-control study. *Behav Res Ther*. 2002;40:517-28.
35. Zhang H, Leckman JF, Pauls DL, Tsai CP, Kidd KK, Campos MR. Genomewide scan of hoarding in sib pairs in which both sibs have Gilles de la Tourette syndrome. *Am J Hum Genet*. 2002;70:896-904.
36. Samuels J, Shugart YY, Grados MA, Willour VL, Bienvenu JM, Greenberg BD, et al. Significant linkage to compulsive hoarding on chromosome 14 in families with obsessive-compulsive disorder: results from the OCD collaborative genetics study. *Am J Psychiatr*. 2007;164:493-99.
37. Saxena S, Brody A, Maidment KM, Smith EC, Zohrabi N, Katz E, et al. Cerebral glucose metabolism in obsessive-compulsive hoarding. *Am J Psychiatry*. 2004;161:1038-48.
38. Mataix-Cols D, Wooderson S, Lawrence N, Brammer MJ, Speckens A, Phillips ML. Distinct neural correlates of washing, checking, and hoarding symptom dimensions in obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2004;61(6):564-76.
39. An SK, Mataix-Cols D, Lawrence NS, Wooderson S, Giampietro V, Speckens A, et al. To discard or not to discard: The neural basis of hoarding symptoms in obsessive-compulsive disorder. *Mol Psychiatry*. 2009;14(3):318-31.
40. Tolin DF, Kiehl KA, Worhunsky P, Book GA, Maltby N. An exploratory study of the neural mechanisms of decision making in compulsive hoarding. *Psychol Med*. 2009;39(2):325-36.
41. Anderson SW, Damasio H, Damasio AR. A neural basis for collecting behaviour in humans. *Brain*. 2005;128(Pt 1):201-12.
42. Hartl TL, Frost RO, Allen GJ, Deckersbach T, Steketee G, Duffany SR, et al. Actual and perceived memory deficits in individuals with compulsive hoarding. *Depress Anxiety*. 2004;20(2):59-69.
43. Grisham JR, Brown TA, Savage CR, Steketee G, Barlow DH. Neuropsychological impairment associated with compulsive hoarding. *Behav Res Ther*. 2007;45(7):1471-83.
44. Tolin DF, Frost RO, Steketee G. An open trial of cognitive behavioral therapy for compulsive hoarding. *Behav Res Ther*. 2007;45:1461-70.
45. Salomoni G, Grassi M, Mosini P, Riva P, Cavedini P, Bellodi L. Artificial neural network model for the prediction of obsessive-compulsive disorder treatment response. *J Clin Psychopharmacology*. 2009;29(4):343-9.
46. Stein DJ, Andersen EW, Overo KF. Response of symptom dimensions in obsessive-compulsive disorder to treatment with citalopram or placebo. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2007;29(4):303-7.
47. Stein DJ, Carey PD, Lochner C, Seedat S, Fineberg N, Andersen EW. Escitalopram in obsessive-compulsive disorder: response of symptom dimensions to pharmacotherapy. *CNS Spectrums*. 2008;13(6):492-8.
48. Alonso P, Menchon JM, Pifarre J, Mataix-Cols D, Torres L, Salgado P, et al. Long-term follow-up and predictors of clinical outcome in obsessive-compulsive patients treated with serotonin reuptake inhibitors and behavioral therapy. *J Clin Psychiatry*. 2001;62(7):535-40.
49. Shetty CN, Reddy YC, Kandavel T, Kashyap K, Singisetti S, Hiremath AS, et al. Clinical predictors of drug nonresponse in obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry*. 2005;66(12):1517-23.
50. Saxena S, Brody AL, Maidment KM, Baxter LR. Paroxetine treatment of compulsive hoarding. *J Psychiatr Res*. 2007;41(6):481-7.
51. Steketee G, Frost RO. Compulsive hoarding and acquiring: therapist guide. New York: Oxford University; 2007.
52. Saxena S, Maidment KM, Vapnik T, Golden G, Rishwain T, Rosen RM, et al. Obsessive-compulsive hoarding: Symptom severity and response to multimodal treatment. *J Clin Psychiatry*. 2002;63:21-7.
53. Frost RO, Steketee G, Grisham J. Measurement of compulsive hoarding: saving inventory-revised. *Behav Res Ther*. 2004;42:1163-82.
54. Frost R, Steketee G, Williams L. Compulsive buying, compulsive hoarding, and obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther*. 2002;33(2):201-14.
55. Steketee G, Frost R, Kyrios M. Cognitive aspects of compulsive hoarding. *Cogn Ther Res*. 2003;27(4):463-79.
56. Fontenelle IS, Prazeres AM, Borges MC, Rangé BP, Versiani M, Fontenelle LF. The Brazilian Portuguese version of the: internal consistency, test-retest reliability, and validity of a questionnaire to assess hoarding. *Psychol Rep*. 2010;106(1):279-96.

P A R T E

4

Farmacoterapia e tratamentos especiais no TOC

15

LUCAS LOVATO
ARISTIDES VOLPATO CORDIOLI

O uso de medicamentos no tratamento do TOC

OBJETIVOS

- Conhecer os medicamentos utilizados no tratamento do transtorno obsessivo-compulsivo (TOC).
- Identificar as vantagens e desvantagens de seu uso.
- Observar as regras a serem seguidas na sua utilização clínica.
- Estar atento aos efeitos colaterais mais comuns dos diferentes antiobsessivos.
- Saber mais sobre as estratégias de potencialização do tratamento farmacológico.
- Conhecer as abordagens alternativas do paciente refratário.

Uma das descobertas mais importantes em relação ao TOC foi a de que seus sintomas poderiam ser diminuídos e até eliminados por um grupo de medicamentos que aumenta os níveis de serotonina nas sinapses nervosas por meio da inibição de sua recaptação para dentro do neurônio. Historicamente, a clomipramina foi o primeiro medicamento com esse efeito antiobsessivo comprovado, ainda na década de 1970. Nos anos de 1980 e 90, comprovou-se também a eficácia dos inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRRs).¹⁻⁴ Esses medicamentos são, até hoje, combinados à terapia cognitivo-comportamental (TCC), considerados os tratamentos de primeira linha do TOC. Nos dias atuais, medicamentos que atuam em vias dopaminérgicas e glutamatérgicas também têm sido testados, e alguns deles já são utilizados como tratamento adjuvante do transtorno.^{5,6}

Este capítulo discute esses medicamentos: suas vantagens e desvantagens, como são usados na prática, as doses e o tempo adequado de tratamento. Também serão apresentadas as alternativas que existem e o que se pode fazer quando os medicamentos não funcionam.

➤ PSICOEDUCAÇÃO FARMACOLÓGICA

O uso de medicamentos psiquiátricos permanece carregado de preconceitos. Ainda se acredita que o remédio possa causar dependência; que é apenas um paliativo; que são pessoas mais “fracas” que precisam deles; que os efeitos colaterais não serão tolerados; ou que deverão necessariamente ser utilizados por toda a vida. Ao pensar em prescrevê-los, é importante que o médico preste atenção em inicialmente explicar o motivo pelo qual há a indicação, os benefícios, os efeitos adversos, o tempo de uso, enfim, educar e esclarecer as questões técnicas que são relevantes ao paciente. Da mesma forma, deve se mostrar disposto a escutar e responder suas dúvidas e seus questionamentos. A psicoeducação torna-se parte do ato de medicar e, quando possível, também o compartilhamento dessa tomada da decisão. O entendimento e a participação podem melhorar a adesão à medicação e, dessa forma, o resultado final do tratamento farmacológico.

➤ OBJETIVOS E CRITÉRIOS DE RESPOSTA NO TRATAMENTO FARMACOLÓGICO DO TOC

Como em outros transtornos psiquiátricos, o tratamento do TOC não deve visar apenas à redução da intensidade dos sintomas. O objetivo deve ser sua remissão completa, definida como um escore na Escala de Sintomas Obsessivo-compulsivos Yale-Brown (Y-BOCS) menor que 8 e ausência de sintomas que interfiram de modo significativo na vida do indivíduo. Infelizmente, esse objetivo não é alcançado com facilidade na maioria dos pacientes. É necessário, então, definir critérios de resposta, resposta parcial, resistência e refratariedade.

Resposta (parâmetro utilizado na maioria dos estudos com fármacos em TOC) é definida como uma redução superior a 35% dos escores iniciais da Y-BOCS; resposta parcial, entre 20 e 35%; resistência é a não resposta a um protocolo adequado com um ISRS; e refratariedade, a mínima ou não resposta a três protocolos adequados com inibidores da recaptação de serotonina (ISRSs), sendo um deles a clomipramina.^{7,8}

➤ QUANDO OS MEDICAMENTOS SÃO O TRATAMENTO PREFERENCIAL

Embora não existam evidências que apontem para um “melhor” resultado do uso de medicamentos ou da TCC, a medicação pode ser “preferencial” nas seguintes situações:^{4,9-14}

- em pacientes que apresentam sintomas muito graves ou incapacitantes, com rotinas de vida e relações interpessoais muito comprometidas;
- quando há predomínio de obsessões não acompanhadas de compulsões;
- na presença de convicções muito intensas sobre o conteúdo das suas obsessões e de pouco *insight* (compreensão) sobre a natureza dos seus sintomas;
- na presença de comorbidade com outros transtornos de ansiedade, depressão maior, transtorno da personalidade *borderline* ou esquizotípica e psicoses;
- em pacientes que não se adaptam à TCC, que não estão motivados, que não aderem aos exercícios de exposição e prevenção de resposta (EPR) ou que não são suficientemente disciplinados e persistentes para fazer as tarefas de casa;
- quando não há TCC disponível (nesse caso, sendo a única alternativa que resta, embora o ideal seja utilizá-los em conjunto).

Há também alguns fatores associados a resposta pobre aos medicamentos: doença de longa duração sem tratamento, início na infância tardia, sintomas de acumulação compulsiva ou de simetria.¹⁵ Isso não significa que nesses casos os fármacos não sejam utilizados, mas a possibilidade de resposta é menor.

► MEDICAMENTOS UTILIZADOS NO TOC

Os medicamentos considerados de primeira escolha no tratamento do TOC são os ISRSs (fluvoxamina, fluoxetina, paroxetina, citalopram, sertralina e escitalopram) e a clomipramina.^{3,4,15} Quando se comparam os resultados obtidos em estudos com esses fármacos, a clomipramina parece apresentar alguma vantagem na redução de sintomas comparada aos ISRSs (na faixa de 45% contra média de 30%), mas esse resultado é tido como controverso nas discussões da literatura, apontando para possíveis fatores relacionados ao perfil de pacientes estudados como causa da “desvantagem” dos ISRSs. Estudos “cabeça a cabeça” comparando o tricíclico e os ISRSs mostram eficácia equivalente, com tolerabilidade mais favorável aos ISRSs. Com tais resultados, a literatura tem indicado os ISRSs como tratamento preferencial no TOC (eficácia equivalente e melhor perfil de tolerabilidade), reservando a clomipramina para as situações de resistência ou em que o paciente não tenha tolerado o ISRS.^{4,15} Quando os ISRSs são comparados uns aos outros, não se consegue observar diferença de eficácia ou tolerabilidade que faça um deles preferível aos demais. É possível que outras questões, como a possibilidade de interações medicamentosas ou de especificidades individuais, bem como a suscetibilidade a reações adversas, direcionem a escolha de um ISRS específico no tratamento de determinado paciente com TOC.¹⁶

► COMO USAR OS MEDICAMENTOS?

DOSES EFETIVAS, AUMENTO DA DOSE E TEMPO DE RESPOSTA

O efeito antiobsessivo dos ISRSs foi observado e estudado posteriormente a seu efeito anti-depressivo, e as doses utilizadas no TOC são, de modo geral, maiores que as administradas em transtornos depressivos. As evidências apontam para resultados mais efetivos da ação antiobsessiva quando o ISRS é utilizado em dose máxima ou perto dela (Tab. 15.1).^{10,17,18}

Pode-se iniciar a medicação com uma dose baixa, para que o paciente possa se adaptar. Havendo boa tolerância, as doses vão sendo aumentadas de forma gradual no período de 4 a 5 semanas até atingirem os níveis médios sugeridos. Eventualmente, pode ser utilizada uma dose menor, caso os efeitos colaterais tenham sido intensos.

Os efeitos antiobsessivos podem demorar até 3 meses para se manifestar (na depressão, em geral, o resultado é obtido mais rapidamente). Por esse motivo, a avaliação da eficá-

TABELA 15.1 > DOSES DIÁRIAS HABITUAL E MÉDIA DOS ANTOBSESSIVOS

	Dose habitual (mg/dia)	Dose média (mg/dia)
Fluoxetina	20-80	50
Fluvoxamina	100-300	200
Paroxetina	20-60	50
Sertralina	50-200	150
Citalopram	20-60	50
Escitalopram	10-30	20
Clomipramina	100-300	200

cia dos medicamentos no TOC é realizada após 12 semanas. O desaparecimento dos sintomas é gradual, podendo prosseguir ao longo de vários meses.

Um dos problemas mais sérios dos medicamentos é que a melhora tende a ser incompleta, isto é, a redução dos sintomas, na maioria das vezes, é parcial, sendo difícil que desapareçam por completo. Infelizmente, ainda que sejam utilizadas as doses recomendadas por tempo prolongado, eles muitas vezes continuam em níveis considerados graves. Recomenda-se que, sempre que possível, o antiobsessivo seja associado à terapia cognitivo-comportamental.

EFEITOS COLATERAIS MAIS COMUNS

Os efeitos colaterais mais comuns da fluoxetina, da sertralina, da paroxetina, da fluvoxamina, do citalopram e do escitalopram são náuseas, dor abdominal, diarreia, sonolência e, algumas vezes, insônia, inquietude, dor de cabeça e suores noturnos. Com frequência, também causam disfunção sexual (diminuição do desejo, dificuldades para atingir o orgasmo, retauado na ejaculação e impotência) e, mais raramente, tremores das mãos.⁸ Em 2012, foi emitido um alerta em relação a doses maiores de citalopram e escitalopram no sentido da possibilidade de prolongamento do intervalo QT e de complicações cardíacas. Por esses motivos, recomendam-se cautela (indicações e benefícios claros) e controle por meio de eletrocardiograma (para todos os pacientes utilizando mais que 40 mg/dia de citalopram ou 20 mg/dia de escitalopram; se o paciente tiver mais de 60 anos, em doses acima de 20 mg/dia de citalopram; e em pacientes que utilizam inibidores da bomba de prótons junto a esses medicamentos).¹⁹ Ao se utilizarem doses máximas de ISRss, é preciso atentar para sintomas de síndrome serotoninérgica (letargia, inquietude, sudorese,

tremores, confusão mental, podendo evoluir para hipertermia, hipertonicidade, coagulação intravascular e insuficiência vascular).

A clomipramina pode provocar tonturas, queda da pressão arterial, boca seca, visão turva, constipação intestinal, sonolência, ganho de peso, retardo na ejaculação, retenção urinária, diminuição da libido e confusão mental. Mais raramente, causa tremores das mãos, suores noturnos e galactorreia (eliminação espontânea de leite). Em doses elevadas, pode provocar convulsões, e é contraindicada em pacientes com infarto do miocárdio recente, glaucoma de ângulo fechado, bloqueio de ramo, prostatismo, íleo paralítico e feocromocitoma.⁸ Não deve ser usada em crianças, em obesos e em idosos devido a seu perfil de efeitos colaterais.

Diante da indicação de um medicamento ou procedimento médico, sempre haverá a necessidade do balanço entre riscos e benefícios, pois todos os fármacos até agora citados apresentam algum efeito colateral. A maioria deles costuma diminuir com o tempo; dessa forma, não há necessidade imediata de sua retirada. Por vezes, uma simples redução da dose pode ser suficiente. Administrar os medicamentos à noite (quando não provocam insônia), com as refeições ou depois delas também pode diminuir efeitos colaterais, por tornar sua absorção mais gradual.

AVALIAÇÃO DA EFETIVIDADE DO MEDICAMENTO

A recomendação é de que a avaliação de resposta a uma conduta medicamentosa no TOC seja feita após 12 semanas de tratamento.²⁰ Contudo, em 8 a 9 semanas, já se pode ter uma ideia. O paciente deve prestar bastante atenção à intensidade dos sintomas durante esse período – se houve ou não diferenças. Se perceber que as obsessões estão menos intensas ou ocupam a mente por menos tempo, se está

sentindo menos aflição e consegue resistir melhor a elas e, se em algumas ocasiões, deixa de realizar algum ritual, é porque o tratamento está dando resultado. O fato de ainda apresentar obsessões e rituais depois desse período não significa que o tratamento não deu certo ou que o remédio não funciona. A mudança não é súbita, mas ocorre aos poucos e, às vezes, depois de longos períodos de uso. O importante é saber se, após esse período de teste, houve alguma diferença, por menor que seja. Nesse caso, em geral, mantém-se a dose que vinha sendo utilizada.

Se, no entanto, depois de 8 a 9 semanas não houver qualquer diminuição dos sintomas, a situação deve ser discutida, sendo possível solicitar que o paciente aguarde até completar 12 semanas ou, então, aumentar a dose, prescrevendo doses máximas (alguns indivíduos só melhoram com as doses máximas) ou o máximo que conseguir suportar.⁹ Antecipar seu aumento pode significar ganho de tempo, o que é recomendável, sobretudo no caso de não se ter obtido praticamente redução alguma dos sintomas em 2 meses, se os sintomas forem muito intensos ou se já houver histórico de outros tratamentos farmacológicos sem resultados. Todavia, antecipar elevação de doses pode aumentar a possibilidade de efeitos colaterais que dificultem o uso do fármaco, além de elevar custos e eventualmente não representar qualquer ganho adicional.

Um método mais exato de avaliar se houve ou não diminuição dos sintomas é a aplicação das escalas Y-BOCS ou do Inventário de Obsessões e Compulsões-Revisado (OCI-R) (Formulários 3, p. 426 e 4, p. 430). Essas escalas podem ser respondidas antes do inicio do medicamento e repetidas após 1 mês ou 2 meses. Comparando-se as pontuações, pode-se avaliar de forma objetiva os critérios de resposta, resposta parcial ou não resposta.

► FALHA NOS TRATAMENTOS DE PRIMEIRA LINHA

O entusiasmo com os resultados obtidos nas primeiras pesquisas com o uso da clomipramina e, posteriormente, com os ISRSs deu lugar, na atualidade, a uma visão menos otimista em relação à efetividade dos fármacos no TOC. Conforme a repetição dos estudos, percebeu-se que a eficácia e “resposta ao tratamento” não significavam a “cura” do TOC.^{10,21} Várias alternativas têm sido propostas para a resposta “insatisfatória”.

RESPOSTA “INSATISFATÓRIA” AO USO DE FÁRMACOS

Um dos maiores “inconvenientes” dos fármacos é o fato de que a redução dos sintomas costuma ser em média de 50% na maioria dos casos. Apenas um grupo menor, em torno de 20% dos pacientes, atinge remissão completa com o uso somente de medicação. O que se observa na prática é que muitos pacientes acabam utilizando a medicação em dose adequada, por tempo adequado, preenchendo critérios de resposta (redução da Y-BOCS > 35%), e ainda assim apresentam sintomas graves do TOC que interferem em suas vidas. Diante dessa situação, as seguintes condutas podem ser adotadas:

- 1 revisar se a dose do ISRS está na máxima indicada (ou tolerada) e por tempo adequado: se não estiver, tentar utilizar as doses máximas recomendadas;
- 2 trocar de IRS (ISRS ou clomipramina): mesmo não respondendo a um primeiro medicamento, o paciente pode responder a outro;
- 3 pensar nas possibilidades de potencialização (descritas a seguir);

- 4 associar TCC (talvez a principal conduta, também discutida na sequência do capítulo).

AUMENTO DA DOSE DOS INIBIDORES DA RECAPTAÇÃO DE SEROTONINA

Caso o paciente não esteja utilizando as doses máximas recomendadas, uma primeira conduta é elevar a dose do medicamento para esses níveis. O aumento da dose dos medicamentos de primeira linha para doses “além da máxima” (fluoxetina 120 mg/dia, paroxetina 100 mg/dia, sertralina 400 mg/dia e outras) pode ser uma alternativa.^{9,22-24} Enquanto alguns *guidelines* consideram as evidências para essa conduta embasadas em estudos mais “fracos” (estudos de caso não controlados, estudos randomizados pequenos), outros postulam que esta pode ser a primeira medida a ser tentada, uma vez que possivelmente já se está em uma dose alta e seria uma conduta “fácil” elevá-la um pouco mais.^{7,15} Diante dessa opção, há necessidade de especial atenção para possíveis reações adversas, particularmente quando o medicamento é a clomipramina, ou quando se tratar de pacientes idosos. Se o medicamento for citalopram ou escitalopram, os cuidados anteriormente referidos quanto ao intervalo QT devem ser observados.

TROCA POR OUTRO MEDICAMENTO INIBIDOR DA RECAPTAÇÃO DE SEROTONINA

Outra estratégia para os pacientes com resposta insatisfatória aos medicamentos de primeira escolha (utilizados por tempo adequado e em doses adequadas – ou seja, dose máxima) pode ser a troca por outro fármaco dessa mesma linha.¹⁵ Até 20% dos pacientes que não respondem a um medicamento podem responder a outro. A troca pode ser por outro ISRS

ou pela clomipramina (possibilidade de alguma resposta mais efetiva, mas também de mais efeitos colaterais).

TRATAMENTO DE POTENCIALIZAÇÃO COM ANTIPSICÓTICOS

Os antipsicóticos podem ser utilizados como tratamento de potencialização dos fármacos que atuam na recaptação de serotonina. Em monoterapia, não há comprovação de sua eficácia. Uma metanálise recente (2012) incluiu ensaios clínicos randomizados que avaliaram essa estratégia. Foram revisados 12 estudos com haloperidol (1 estudo), quetiapina (5 estudos), olanzapina (2 estudos) e risperidona (3 estudos).²⁵ Cerca de um terço dos pacientes considerados resistentes ao tratamento com ISRS respondeu à potencialização com esse tipo de fármaco. A risperidona foi considerada a primeira escolha nessa indicação em razão do nível de evidência, da relação risco/benefício e da tolerabilidade. Doses médias seriam preferíveis a doses baixas.

OUTROS MEDICAMENTOS QUE PODEM SER UTILIZADOS COMO ADJUVANTES NO TOC

Alguns medicamentos têm sido testados em estudos com menos evidência e apresentado resultados “promissores”, embora ainda necessitem de investigações bem mais consistentes para sua indicação no TOC. Há estudos com a ondansetrona, um antagonista do receptor de serotonina,²⁶ com a memantina e o riluzole, antagonistas glutamatérgicos,^{27,28} e com o topiramato.²⁹

Há relatos mistos a respeito da possibilidade de se utilizar D-cicloserina, um agonista parcial do receptor N-metil-D-aspartato (NMDA), como tratamento adjuvante à TCC, mas o conjunto de resultados ainda faz essa conduta ser

considerada com evidências inconsistentes de eficácia.³⁰⁻³²

► ADIÇÃO DE TCC AOS MEDICAMENTOS

A adição de terapia cognitivo-comportamental é um dos primeiros recursos (talvez o mais efetivo e de maior concordância entre diferentes *guidelines* e protocolos) quando a resposta ao medicamento é insatisfatória. Na verdade, a TCC deve ser adicionada à farmacoterapia sempre que possível desde o início do tratamento. Estudos mais recentes indicam que os resultados são superiores quando os dois métodos terapêuticos são utilizados em conjunto.³³⁻³⁵ Indivíduos com TOC com resposta parcial também apresentam redução na intensidade dos sintomas se for acrescentada TCC à terapia farmacológica em curso.^{9,36} Por todos esses motivos, mais uma vez se reforça a ideia da importância da TCC no tratamento do TOC.

► DURAÇÃO DO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO

É importante lembrar que as recaídas são bastante comuns ao se interromper o medicamento, especialmente nos tratamentos em que ele está sendo utilizado de forma isolada.³⁷ Com base nesse fato, os especialistas fazem algumas recomendações, a fim de preveni-las. Em princípio, pacientes com transtorno crônico e que apresentaram resposta satisfatória usando apenas medicamentos devem manter o fármaco por, pelo menos, 1 a 2 anos após o desaparecimento dos sintomas.³⁸ Depois desses períodos, a retirada deve ser gradual, com redução de 25% da dose a cada 2 meses, orientando o paciente para que esteja atento ao reaparecimento dos sintomas. Para pacientes

com 3 ou 4 episódios de recaída leve ou moderada, ou 2 a 4 recaídas graves, deve-se pensar na possibilidade de manter o tratamento por períodos maiores ou talvez por toda a vida.³⁹ No caso de tratamento de longo prazo, as evidências indicam o uso contínuo da dose efetiva, isto é, doses altas.²¹

Os antiobsessivos não causam dependência; o que pode ocorrer é a síndrome de descontinuação se suspensos abruptamente (o que deve ser diferenciado dos sintomas de recaída) – a fluoxetina é menos propensa a provocar essa reação. Além disso, não há problemas maiores em utilizá-los por longos períodos. É importante que tanto o médico clínico quanto o médico psiquiatra estejam sempre a par de todos os demais medicamentos que estão sendo utilizados, pois pode haver interações medicamentosas significativas.

► ALTERNATIVAS DE TRATAMENTO PARA PACIENTES REFRATÁRIOS

NEUROCIRURGIA

Uma alternativa que tem sido testada em pacientes refratários é a neurocirurgia, uma vez que existe um circuito neurofisiológico ativado de modo disfuncional no TOC, envolvendo áreas do lobo frontal e gânglios localizados na base do cérebro. Imaginou-se que a secção de fibras nervosas ou de estruturas cerebrais desse circuito, mediante neurocirurgia, pudesse diminuir essa hiperatividade e, consequentemente, os sintomas obsessivo-compulsivos (OC). Várias formas de cirurgia foram testadas, como cingulectomia, capsulotomia e leucotomia límbica, entre outras. As taxas de melhora variam entre os estudos, que referem benefícios para 27 a 100% dos pacientes, com média de redução dos sintomas em torno de 40%.⁴⁰⁻⁴⁵ Até agora, não se sabe qual técnica cirúrgica é a

mais efetiva. Contudo, este é um tratamento ainda experimental, cujos riscos e benefícios, sobretudo a longo prazo, não são bem conhecidos, sendo, por esse motivo, reservado apenas para pacientes refratários. Recentemente, técnicas inovadoras têm sido desenvolvidas, as quais dispensam a abertura do crânio, como a capsulotomia anterior por faca de raios gama,⁴⁶ cuja efetividade, entretanto, necessita ser comprovada. Acredita-se, ainda, que indivíduos que não responderam à TCC e à farmacoterapia possam se tornar responsivos depois da neurocirurgia.

ESTIMULAÇÃO ELÉTRICA E ESTIMULAÇÃO MAGNÉTICA

Em pacientes que são refratários às modalidades habituais de tratamento (psicofármacos e TCC), e como uma alternativa à neurocirurgia, tem sido utilizada a estimulação cerebral profunda da cápsula interna do núcleo caudado e do *nucleus accumbens*, com a vantagem de serem procedimentos menos invasivos e reversíveis.⁴⁷⁻⁴⁹ São técnicas ainda em estudo, tidas como “promissoras” no TOC refratário, mas que também necessitam de investigações mais sistemáticas.

R E S U M O E D E S T A Q U E S

- Os fármacos inibidores da recaptação de serotonina apresentam ação antiobsessiva comprovada.
- Educar o paciente a respeito da indicação do fármaco e discutir vantagens e desvantagens são atitudes importantes e que podem melhorar o resultado dessa conduta.
- A maioria dos estudos apresenta como critério de resposta de um fármaco no TOC a redução superior a 35% nos escores iniciais da Y-BOCS; entretanto, podem persistir sintomas OC em nível clínico, mesmo tendo havido esse grau de redução.
- Os ISRss são os medicamentos de primeira escolha no TOC (eficácia comparável à clomipramina, com menos efeitos colaterais).
- Os medicamentos podem ser aumentados gradualmente até as doses médias recomendadas. Avalia-se o resultado em 8 a 9 semanas e decide-se mantê-las, se houve alguma resposta, ou usar doses máximas, se não houve qualquer modificação na intensidade dos sintomas.
- Se efetivo o medicamento, deve ser mantido na dose de resposta por pelo menos 1 a 2 anos; em pacientes com múltiplos episódios, deve-se considerar a possibilidade de manter o tratamento para o resto da vida.

TOCTOC TOCTOC TOCTOC TOCTOC TOCTOC TOCTOC TOCTOC

- Diante de resposta incompleta ou não resposta a um primeiro ISRS, pode-se:
 - elevar as doses do medicamento para as doses máximas recomendadas ou toleradas;
 - trocar por outro ISRS ou pela clomipramina;
 - associar medicamentos antipsicóticos (risperidona como primeira escolha).
 - Sempre que possível, deve-se associar TCC.

> REFERÊNCIAS

1. Marks IM, Stern RS, Mawson D, Cobb J, McDonald R. Clomipramine and exposure for obsessive-compulsive rituals. *Br J Psychiatry*. 1980;136:1-25.

2. Montgomery SA. Clomipramine in obsessional neurosis: a placebo-controlled trial. *Pharmacol Med*. 1980(1):189-92.

3. American Psychiatric Association. Practice Guideline for the treatment of patients with obsessive-compulsive disorder. Arlington: American Psychiatric Association; 2007.

4. National Institute for Clinical Excellence. Obsessive compulsive disorder: core interventions in the treatment of obsessive compulsive disorder and body dysmorphic disorder. London: National Institute for Clinical Excellence; 2006.

5. Fineberg NA, Hawley C, Gale T. Are placebo-controlled trials still important for obsessive compulsive disorder? *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2006;30(3):413-22.

6. Fineberg NA, Robbins TW, Bullmore E, Potenza M, Berlin HA, Menzies L, et al. Probing compulsive and impulsive behaviors, from animal models to endophenotypes: a narrative review. *Neuropsychopharmacology*. 2010;35(3):591-604.

7. Abudy A, Juven-Wetzler A, Zohar J. Pharmacological management of treatment-resistant obsessive-compulsive disorder. *CNS Drugs*. 2011;25(7):585-96.

8. Cordioli AV. Psicofármacos: consulta rápida. 4. ed. Porto Alegre: Artmed; 2011.

9. Koran LM, Hanna GL, Hollander E, Nestadt G, Simpson HB; American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry*. 2007;164(Suppl 7):5-53.

10. Stein D, Tonnoir B, Andersen EW, Fineberg NA. Escitalopram in OCD: a randomised, placebo-controlled, fixed-dose, paroxetine referenced, 24-week study. *Curr Med Res Opin*. 2007;23(4):701-11.

11. Ravizza L, Barzaga G, Bellino S, Bogetto F, Maina G. Predictors of drug treatment response in obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry*. 1995;56(8):368-73.

12. Shavitt RG, Galvão A, Quarantini L, do Rosário MC. Tratamento farmacológico dos transtornos do espectro obsessivo-compulsivo. In: De Oliveira IR, do Rosário MC, Miguel EC. Princípios e prática em transtornos do espectro obsessivo-compulsivo. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2007. p. 180-226.

13. McDougle CJ, Epperson CN, Price LH. The role of neuroleptics in treatment-refractory obsessive-compulsive disorder. In: Goodman WK, Rudorfer MV, Maser JD. Obsessive-compulsive disorder: contemporary issues in treatment. London: Lawrence Erlbaum; 2000. p. 371-92.

14. Erzegovesi S, Cavallini MC, Cavedini P, Diaferia G, Locatelli M, Bellodi L. Clinical predictors of drug response in obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychopharmacol*. 2001;21(5):488-92.

15. Fineberg NA, Brown A, Reghunandanan S, Pampaloni I. Evidence-based pharmacotherapy of obsessive-compulsive disorder. *Int J Neuropsychopharmacology*. 2012;15:1173-91.

16. Decloedt EH, Stein DJ. Current trends in drug treatment of obsessive-compulsive disorder. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2010;6:233-42.

17. Stein D, Tonnoir B, Andersen EW, Fineberg NA. Escitalopram in OCD: a randomised, placebo-controlled, fixed-dose, paroxetine referenced, 24-week study. *Curr Med Res Opin*. 2007;23(4):701-11.

18. Bloch MH, McGuire J, Landeros-Weisenberger A, Leckman JF, Pittenger C. Meta-analysis of the dose-response relationship of SSRI in obsessive-compulsive disorder. *Mol Psychiatry*. 2010;15(8):850-5.

19. Robert D, Sheeler MD, Michael J, Ackerman MD, Jeffrey P, Eric G, et al. Considerations on safety concerns about citalopram prescribing. *Mayo Clin Proc.* 2012;87(11):1042-5.
20. Baldwin SD, Anderson IM, Nutt DJ, Bandelow B, Bond A, Davidson JR, et al. Evidence-based guidelines for the pharmacological treatment of anxiety disorders: recommendations from the British Association for Psychopharmacology. *J Psychopharmacol.* 2005;19(6):567-96.
21. Eisen JL, Goodman WK, Keller MB, Warshaw MG, DeMarco LM, Luce DD, et al. Patterns of remission and relapse in obsessive-compulsive disorder: a 2-year prospective study. *J Clin Psychiatry.* 1999;60(5):346-51.
22. Zohar J. Escitalopram in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Expert Rev Neurother.* 2008;8(3): 339-49.
23. Rabinowitz I, Baruch Y, Barak Y. High-dose escitalopram for the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Int Clin Psychopharmacol.* 2008;23(1):49-53.
24. Ninan PT, Koran LM, Kiev A, Davidson JR, Rasmussen SA, Zajecka JM, et al. High-dose sertraline strategy for nonresponders to acute treatment for obsessive-compulsive disorder: a multicenter double-blind trial. *J Clin Psychiatry.* 2006;67(1):15-22.
25. Dold M, Aigner M, Lanzenberger R, Kasper S. Antipsychotic augmentation of serotonin reuptake inhibitors in treatment-resistant obsessive-compulsive disorder: a meta-analysis of doubleblind, randomized, placebo-controlled trials. *Int J Neuropsychopharmacol.* 2013;16(3):557-74.
26. Soltani F, Sayyah M, Feizy F, Malayeri A, Siahpoosh A, Motlagh I. A double-blind, placebo-controlled pilot study of ondansetron for patients with obsessive-compulsive disorder. *Hum Psychopharmacol.* 2010;25(6):509-13.
27. Stewart SE, Jenike AE, Hezel DM, Stack DE, Dodman NH, Shuster L, et al. A single-blind case-control study of memantine in severe obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychopharmacol.* 2010;30(1):34-9.
28. Grant P, Song JY, Swedo SE. Review of the use of the glutamate antagonist riluzole in psychiatric disorders and a description of recent use in childhood obsessive-compulsive disorder. *J Child Adolesc Psychopharmacol.* 2010;20(4):309-15.
29. Berlin HA, Koran LM, Jenike MA, Shapira NA, Chaplin W, Pallanti S, et al. Double-blind, placebo-controlled trial of topiramate augmentation in treatment-resistant obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry.* 2011;72(5):716-21.
30. Wilhelm S, Buhlmann U, Tolin DF, Meunier SA, Pearlson GD, Reese HE, et al. Augmentation of behavior therapy with D-cycloserine for obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry.* 2008;165(3):335-41.
31. Kushner MG, Kim SW, Donahue C, Thuras P, Adson D, Kotlyar M, et al. D-cycloserine augmented exposure therapy for obsessive-compulsive disorder. *Biol Psychiatry.* 2007;62(8):835-8.
32. Storch EA, Merlo LJ, Bengtson M, Murphy TK, Lewis MH, Yang MC, et al. D-cycloserine does not enhance exposure response prevention therapy in obsessive-compulsive disorder. *Int Clin Psychopharmacol.* 2007;22(4):230-7.
33. Pediatric OCD Treatment Study (POTS) Team. Cognitive-behavior therapy, sertraline, and their combination for children and adolescents with obsessive-compulsive disorder: the Pediatric OCD Treatment Study (POTS) randomized controlled trial. *JAMA.* 2004;292(16):1969-76.
34. Tenneij NH, van Megen HJ, Denys DA, Westenberg HG. Behavior therapy augments response of patients with obsessive-compulsive disorder responding to drug treatment. *J Clin Psychiatry.* 2005;66(9):1169-75.
35. Tolin DF, Maltby N, Diefenbach GJ, Hannan SE, Worhunsky P. Cognitive-behavioral therapy for medication nonresponders with obsessive-compulsive disorder: a wait-list-controlled open trial. *J Clin Psychiatry.* 2004;65(7):922-31.
36. Cordioli AV, Heldt E, Braga BD, Margis R, Basso de Sousa M, Fonseca Tonello J, et al. Cognitive-behavioral group therapy in obsessive-compulsive disorder: a randomized clinical trial. *Psychother Psychosom.* 2003;72(4):211-6.
37. Pato MT, Zohar-Kadouch R, Zohar J, Murphy DL. Return of symptoms after discontinuation of clomipramine in patients with obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry.* 1988;145(12):1521-5.
38. Greist JH, Bandelow B, Hollander E, Marazziti D, Montgomery SA, Nutt DJ, et al. WCA recommendations for the long-term treatment of obsessive-compulsive disorder in adults. *CNS Spectr.* 2003;8(8 Suppl 1):7-16.
39. March JS, Frances A, Carpenter D, Kahn DA. The expert consensus guideline series: treatment of obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry.* 1997;58(Suppl 4):13-72.
40. Jenike MA, Baer L, Ballantine T, Martuza RL, Tynes S, Giriunas I, et al. Cingulotomy for refractory obsessive-compulsive disorder: a long-term follow-up of 33 patients. *Arch Gen Psychiatry.* 1991;48(6):548-55.
41. Dougherty DD, Baer L, Cosgrove GR, Cassem EH, Price BH, Nierenberg AA, et al. Prospective long-term follow-up of 44 patients who received cingulotomy for treatment-refractory obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry.* 2002;159(2):269-75.
42. Lippitz BE, Mindus P, Meyerson BA, Kihlström L, Lindquist C. Lesion topography and outcome after thermocapsulotomy or gamma knife capsulotomy for obsessive-compulsive disorder: relevance of the right hemisphere. *Neurosurgery.* 1999;44(3):452-8.
43. Greenberg BD, Price LH, Rauch SL, Fries G, Noren G, Malone D, et al. Neurosurgery for intractable obsessive-compulsive disorder and depression: critical issues. *Neurosurg Clin N Am.* 2003;14(2):199-212.

44. Mindus P, Rasmussen SA, Lindquist C. Neurosurgical treatment for refractory obsessive-compulsive disorder: implications for understanding frontal lobe function. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci.* 1994;6(4):467-77.
45. Kim CH, Chang JW, Koo MS, Kim JW, Suh HS, Park IH, et al. Anterior cingulotomy for refractory obsessive-compulsive disorder. *Acta Psychiatr Scand.* 2003;107(4):283-90.
46. Lopes AC, Mathis ME de, Canteras MM, Salvajoli JV, Del Porto JA, Miguel EC. Atualização sobre o tratamento neurocirúrgico do transtorno obsessivo-compulsivo. *Rev Bras Psiquiatr.* 2004;26:62-6.
47. van Kuyck K, Gabriëls L, Cosyns P, Arckens L, Sturm V, Rasmussen S, et al. Behavioural and physiological effects of electrical stimulation in the nucleus accumbens: a review. *Acta Neurochir Suppl.* 2007;97(Pt 2):375-91.
48. Cosyns P, Gabriëls L, Nuttin B. Deep brain stimulation in treatment refractory obsessive compulsive disorder. *Verh K Acad Geneeskd Belg.* 2003;65(6):385-99.
49. Nuttin BJ, Gabriëls L, van Kuyck K, Cosyns P. Electrical stimulation of the anterior limbs of the internal capsules in patients with severe obsessive-compulsive disorder: anecdotal reports. *Neurosurg Clin N Am.* 2003;14(2):267-74.

16

MARCELO BASSO DE SOUSA
ARISTIDES VOLPATO CORDIOLI

Quando o tratamento não funciona

OBJETIVOS

- Compreender as razões pelas quais os tratamentos de pacientes com transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) muitas vezes são insatisfatórios ou não funcionam.
- Conhecer os fatores associados a resposta e não resposta dos tratamentos do TOC.
- Conhecer os fatores que interferem no andamento da terapia cognitivo-comportamental (TCC) e saber como lidar com eles.
- Entender as situações mais comuns da prática clínica que podem comprometer o tratamento e as estratégias para superá-las.
- Familiarizar-se com as alternativas para abordagem dos pacientes refratários aos tratamentos habituais e saber utilizá-las.

A utilização da clomipramina, dos inibidores seletivos da recaptura de serotonina (ISRSs) e, sobretudo, da terapia cognitivo-comportamental melhora significativamente o prognóstico dos pacientes com TOC.¹ A maioria deles, cerca de 70%, consegue obter importante redução na intensidade de seus sintomas, melhorar a qualidade de vida, a produtividade no trabalho, as relações interpessoais e familiares. Entretanto, as recaídas são frequentes, em especial quando o tratamento é interrompido sem que tenha havido remissão completa dos sintomas.²⁻⁴

Não raro, o tratamento não funciona. Cerca de 30% dos pacientes não melhoram. Muitos deles apresentam sintomas graves ou muito graves e, apesar de terem realizado várias tentativas de tratamento, continuam incapacitados pela doença. Esses indivíduos não obtêm qualquer alívio dos sintomas, ou o alívio é mínimo com o uso dos medicamentos. Eles infelizmente não aderem aos exercícios da TCC, representam enorme fardo para suas famílias e são considerados resistentes ou refratários.

As razões pelas quais os pacientes não melhoram não são bem conhecidas e incluem uma variedade de fatores, desde a forma como o tratamento foi realizado, se adequada ou

não, aspectos da própria doença, como o tipo de obsessões e compulsões que predominam, sua gravidade, bem como características do próprio paciente (*insight*, motivação) e do funcionamento familiar. Por exemplo, compulsões de lavagem e verificações respondem bem à terapia de exposição e prevenção de resposta (EPR) e não tão bem aos antiobsessivos, enquanto a acumulação compulsiva responde mal ou não responde ao tratamento, seja ele medicamentoso ou psicoterápico. Pacientes com sintomas crônicos muito graves e incapacitantes, com várias comorbidades, comprometendo seriamente a qualidade de vida, constituem um quadro desfavorável. Muitos já utilizaram vários medicamentos antiobsessivos nas doses e pelos períodos recomendados, adotaram várias estratégias de potencialização e não obtiveram qualquer resposta; apesar de terem sido feitas tentativas de realizar TCC com profissionais competentes, não aderiram aos exercícios, e, da mesma forma, o tratamento terminou sem resultado algum. Em razão dessa história de insucessos, esses pacientes desacreditam que possa haver algum alívio para seu sofrimento, não fazem mais esforço algum para resistir aos seus rituais, aos quais se entregam por inteiro. A consequência natural é a desesperança e a depressão, que muitas vezes acaba contaminando também a família. Esse é o pior cenário com o qual nos defrontamos na prática clínica, infelizmente com muita frequência.

De forma curiosa, no extremo oposto, situam-se pacientes, muitas vezes com sintomas também graves, com bom conhecimento e compreensão da natureza de seus sintomas, altamente motivados para fazer o tratamento, que aderem de modo precoce aos exercícios de EPR, mesmo sabendo que implicam elevação dos níveis de ansiedade. Quem são esses pacientes, e o que os diferencia do grupo que não melhora? Um estudo em nosso meio, com 182 pacientes que haviam realizado 12 sessões

de TCC em grupo, examinou mais de uma dezena de possíveis preditores. Entretanto, na análise de regressão, os únicos fatores que se mantiveram como preditores foram o fato de ser mulher, ter boa qualidade de vida antes do início do tratamento e mostrar bom *insight*.⁵ Outros estudos mostraram que o melhor preditor de resultados foi a adesão precoce aos exercícios de EPR.^{6,7} Esses pacientes, às vezes em poucas sessões de terapia, podem ficar inteiramente livres dos sintomas. Porém, esse resultado excelente é raro. Na prática clínica diária, o mais comum é o profissional se defrontar com respostas parciais ou insatisfatórias ou nenhuma resposta ao uso dos medicamentos, com impasses na TCC ou com a situação de o tratamento não funcionar mesmo com o uso combinado das duas modalidades.

O objetivo deste capítulo, portanto, é analisar as razões pelas quais o tratamento para o TOC muitas vezes é insatisfatório ou não funciona. Serão examinados os possíveis motivos pra o insucesso, bem como as alternativas disponíveis para ultrapassar essas dificuldades, especialmente em pacientes graves que em algum momento foram considerados resistentes ou refratários.

➤ PACIENTE RESISTENTE OU REFRATÁRIO

Os termos “resistente” ou “refratário” costumam ser utilizados como sinônimos na literatura.⁸ Foram utilizados amplamente no passado, no período em que foram testados os antiobsessivos, a partir dos anos de 1980 e sobretudo nos anos de 1990, época em que as opções de medicamentos para o tratamento de TOC eram ainda limitadas, em que a não resposta a um ou mais antiobsessivos esgotava as opções disponíveis. Com a disponibilidade de mais opções, é geralmente aceito que a falência em pelo menos dois ensaios terapêuti-

cos bem conduzidos com clomipramina e/ou ISRS constitui resistência ao tratamento.⁹ O termo “refratário” designa um grau de resistência maior; é discutível, entretanto, em que ponto do tratamento se torna aplicável.⁸ Esse critério tem sido proposto para designar pacientes que não responderam a pelo menos três ensaios terapêuticos com clomipramina ou ISRS (tendo a clomipramina sido utilizada em pelo menos um deles), com o acréscimo de pelo menos dois agentes antipsicóticos como potencializadores e que também não tenham respondido a pelo menos uma tentativa de tratamento com terapia de EPR ou TCC, realizada em associação ao uso de uma dose terapêutica de um antiobsessivo. É oportuno lembrar que muitos pacientes que não respondem a um ensaio clínico com medicamentos podem apresentar uma excelente resposta ao tratamento psicoterápico, o que tem sido demonstrado em vários estudos.¹⁰⁻¹³

A refratariedade aos tratamentos farmacológicos é bastante fácil de ser definida. O mesmo não ocorre em relação à TCC, pois, diferentemente do que acontece com o tratamento farmacológico, em geral é difícil caracterizar o tipo de psicoterapia que o paciente realizou. Um estudo mostrou que muitos pacientes (31%) não sabiam exatamente que tipo de terapia haviam recebido. E, mesmo os que referiam ter realizado TCC (43%), as características que relembravam contrastavam com os critérios mínimos estabelecidos para ser considerada uma “TCC”.¹⁴

CRITÉRIOS DE REFRACTARIEDADE

Uma crítica que se faz aos conceitos de resistência/refratariedade diz respeito aos critérios clínicos utilizados para definir resposta ou não resposta ao tratamento por meio do estabelecimento de um ponto de corte nos escores de alguma escala. Tem sido sugerido que se acrescentem também critérios clínicos para

avaliar os resultados, como o uso da Clinical Global Impression (CGI) de melhora, a obtenção de níveis de redução dos sintomas que tenham significância clínica, bem como o índice de pacientes que obtêm remissão completa. Com a adoção de critérios mais restritos, o número de pacientes considerados não respondedores certamente seria ainda maior.

Os primeiros estudos farmacológicos, de modo geral, estabeleceram como critério para considerar resposta ao tratamento a redução $\leq 25\%$ ou $\leq 35\%$ na pontuação da Escala de Sintomas Obsessivo-compulsivos Yale Brown (Y-BOCS), uma redução obviamente muito pequena, o que torna o critério muito “generoso” e muitas vezes contrasta com a realidade clínica. Um paciente, por exemplo, que antes do tratamento apresentasse escores na Y-BOCS de 32 – sintomas muito graves – se, com o tratamento, reduzir para 20,8 (35%) ou 24 (25%), será considerado responsável ao tratamento, embora continue apresentando sintomas residuais no mínimo moderados, clinicamente relevantes e, como se sabe, associados a grandes chances de recaída.⁴ Na prática, mesmo com esses critérios “generosos”, entre 40 e 60% dos pacientes apresentam alguma resposta aos medicamentos e apenas 20% obtêm remissão completa dos sintomas. Esses índices são um pouco melhores com a TCC: em torno de 70% respondem ao tratamento, e a metade destes obtém remissão completa.¹⁵

Goodman e colaboradores⁹ sugerem que seja levada em conta a gravidade final na classificação de pacientes respondedores e propõem que os indivíduos que demonstrarem melhora na pontuação da Y-BOCS para um nível de gravidade mínima (Y-BOCS < 16) sejam considerados respondedores completos, enquanto aqueles com pontuação final na Y-BOCS ≥ 16 seriam considerados respondedores parciais.

Embora ainda havendo discordância em relação aos critérios, é um fato bem estabelecido que muitos pacientes não melhoraram, mes-

mo utilizando um critério “generoso” como a redução ≤ 25% nos sintomas. Apesar de vários ensaios terapêuticos bem-conduzidos com antiobsessivos, com tempos e doses adequados, utilizando as estratégias de potencialização recomendadas, tais pacientes podem ser considerados refratários ao tratamento farmacológico.

FATORES PREDITORES DE RESPOSTA AOS TRATAMENTOS

Depois que se observaram as diferentes respostas dos pacientes com TOC, houve grande interesse em estudar as razões da não resposta. Inúmeros estudos foram realizados, em especial na década passada, com o intuito de identificar os fatores “preditores” de resposta tanto aos tratamentos medicamentosos quanto aos psicoterápicos (TCC ou terapia de EPR). Um fator complicador para todos esses estudos sempre foi e continua sendo a enorme diversidade de sintomas (dimensões) ou apresentações do TOC e as comorbidades associadas, o que torna muito relativos esses resultados e de difícil generalização, pela diversidade das amostras envolvidas. É importante lembrar que o TOC “puro”, isto é, sem comorbidades, é raro. Mais de 80% dos pacientes apresentam algum outro transtorno psiquiátrico, sendo o mais comum deles a depressão, que em maior ou menor grau interfere no tratamento.

De modo geral, apresentam boa resposta ao tratamento os pacientes com sintomas leves ou moderados, com bom nível de compreensão e de *insight* sobre o transtorno, com boa motivação para o tratamento, que não apresentam transtornos comórbidos graves (p. ex., depressão, transtorno do humor bipolar [TB]), cujas crenças não são supervvalorizadas ou delirantes, com níveis baixos ou inexistentes de acomodação familiar e com boa qualidade de vida antes do tratamento. A resposta é especialmente favorável com a TCC quando,

além das demais condições, os sintomas predominantes são compulsões de lavagem e verificações.

Em compensação, há relativo consenso de que pacientes com sintomas muito graves e incapacitantes, com múltiplas comorbidades, com compulsões de armazenamento, sintomas de conteúdo violento/sexual ou blasfemo inaceitáveis associados a grande ansiedade,¹⁶⁻¹⁹ com falta de *insight* ou *insight* pobre, crenças supervvalorizadas ou em nível delirante sobre suas obsessões, baixa qualidade de vida (solteiro, desempregado, baixo nível socioeconômico antes do tratamento),^{11,18,20} com altos níveis de incapacitação e de acomodação familiar são pacientes que respondem menos ou não respondem aos tratamentos.^{18,21}

UM CRITÉRIO MAIS RESTRITO DE REFRACTARIEDADE

Em resumo, quando o tratamento não está tendo os resultados esperados, antes de rotular o paciente como resistente ou refratário, é interessante o clínico revisar alguns pontos da lista a seguir:

- O diagnóstico clínico de TOC está correto? Está seguro quanto a esse ponto?
- Não existem diagnósticos comórbidos que poderiam estar interferindo na resposta ao tratamento (p. ex., depressão, TB, transtornos de ansiedade, da personalidade, psicoses, transtornos globais do desenvolvimento, etc.)?
- Os ensaios clínicos farmacológicos foram conduzidos de forma adequada no passado: pelo menos dois ISRRs e a clomipramina, em doses e tempos recomendados e com efetiva adesão do paciente?
- Foram utilizados pelo menos dois antipsicóticos para potencializá-los?
- Foi feita pelo menos uma tentativa de TCC conduzida por um profissional competen-

- te durante pelo menos 3 meses sem nenhum resultado ou à qual não aderiu?
- Foi feita alguma tentativa de TCC intensiva em domicílio ou em ambiente hospitalar por profissional, equipe treinada ou acompanhante terapêutico?
- A família participou do tratamento, e foi abordada a questão da acomodação familiar?

Depois de passar por todas essas etapas, pode-se considerar o paciente refratário aos tratamentos habituais e eventualmente um candidato a tratamentos mais invasivos, como a neurocirurgia e a estimulação cerebral profunda (DBS – *Deep Brain Stimulation*).

➤ POR QUE OS TRATAMENTOS PODEM NÃO DAR CERTO

Como foi visto, infelizmente, um percentual ainda significativo de pacientes não melhora com uso dos medicamentos e também não se beneficia da TCC. Supondo que o diagnóstico esteja correto, examinemos as outras razões pelas quais o tratamento pode fracassar. Entre estas, em primeiro lugar, estão aquelas relacionadas ao próprio tratamento – os antiobsessivos e a TCC –, à forma como os ensaios clínicos foram conduzidos e à adesão do paciente. Em segundo lugar, estão os fatores relacionados à doença do paciente – os sintomas, a presença de comorbidades, *insight*, crenças supervalorizadas ou delirantes, a motivação para o tratamento e a participação da família.

➤ POR QUE OS ANTOBSESSIVOS PODEM FALHAR

A maioria dos pacientes com TOC, de 40 a 60%, responde parcialmente ou não responde aos antiobsessivos. Apenas 20% obtêm remissão

completa dos sintomas. Se considerarmos resposta ao tratamento o critério de redução ≥ 25 ou 35% na escala Y-BOCS, adotado em muitos ensaios clínicos, talvez a maioria dos pacientes que são considerados respondedores permaneça ainda muito sintomática,²² e as cifras citadas, na verdade, podem ser ainda piores, como já foi apontado. Esses resultados insatisfatórios podem ocorrer porque, de fato, os medicamentos são ineficazes, e infelizmente ainda não há um medicamento de grande eficácia no tratamento do transtorno. No entanto, tais resultados também podem ser decorrentes do uso inadequado desses medicamentos e de não terem sido observadas as regras estabelecidas em consensos e *guidelines*, que procuram representar a melhor prática clínica.

São comuns, por exemplo, o uso de substâncias cuja eficácia/efetividade não foi estabelecida no tratamento do TOC e a administração de doses abaixo das recomendadas (geralmente são doses mais elevadas do que as utilizadas para tratamento da depressão, ou por tempo insuficiente – pelo menos 3 meses nas doses máximas sem qualquer redução na intensidade dos sintomas). Muitas vezes, não foram esgotadas as estratégias de potencialização sugeridas (combinação de antiobsessivos, potencialização com pelo menos dois antipsicóticos). Considerando-se que os medicamentos tenham sido prescritos de forma correta, deve-se, ainda, ter certeza de que foram efetivamente ingeridos, se não ocorreram falhas, uso irregular, desistências, redução de doses em razão de efeitos colaterais. Uma descrição detalhada dessas práticas pode ser encontrada no Capítulo 15, sobre o uso de psicofármacos no TOC.

É importante lembrar que algumas características biológicas do paciente podem modificar a farmacocinética dos medicamentos utilizados, interferindo, por exemplo, em sua absorção e metabolização (os metabolizadores

rápidos); também pode haver o uso de medicamentos associados (como a carbamazepina), que induzem a metabolização de outros, reduzindo seus níveis séricos, que podem ficar aquém dos níveis desejados e, consequentemente, afetar sua eficácia. O uso de medicamentos injetáveis, como a clomipramina EV, visava driblar essa possibilidade, mas não se revelou efetiva, e sua produção foi descontinuada.

Supondo que a prescrição dos medicamentos, incluindo doses, tempo de uso e adeusão do paciente, tenha sido adequada, uma avaliação semelhante deve ser feita em relação à terapia que não funcionou.

► POR QUE A TCC PODE FRACASSAR

Em princípio, a TCC tem efetividade levemente superior aos antiobsessivos, pelo menos no curto prazo.^{23,24} No entanto, cerca de 25% dos pacientes a recusam ou abandonam de forma prematura.²⁵ Em média 20% abandonam o tratamento, e em torno de 30% não se beneficiam.²⁵ Os abandonos são menores na TCC em grupo¹¹ e quando são acrescentadas técnicas cognitivas.²⁶ Acredita-se que muitos podem ser evitados por meio de estratégias como a ênfase na psicoeducação, entrevistas motivacionais no início da TCC e melhor capacidade dos terapeutas de adaptar a terapia para lidar com problemas considerados preditores de não resposta, como a ausência de *insight* e de motivação e a presença de depressão grave associada ou de sintomas como a acumulação compulsiva e obsessões repugnantes. Além disso, a adoção, em pacientes graves, de algumas estratégias, como a terapia intensiva em domicílio ou hospitalar, pode melhorar a eficácia e a efetividade e reduzir os elevados índices de fracasso nesses grupos de manejo mais complexo.

FALHAS DO TERAPEUTA

Embora a TCC e, em especial, a terapia de EPR do TOC pareçam procedimentos relativamente simples – e podem de fato ser bastante simples quando o paciente apresenta o TOC “puro” (sem comorbidades), com sintomas leves a moderados, tem bom *insight*, boa motivação e logo adere aos exercícios, o que infelizmente não é a regra – o mais comum, no entanto, é o paciente mais complicado, com pouco *insight* e pouco conhecimento sobre o transtorno, pouco motivado para o tratamento e, não raro, com complicações, como comorbidades graves ou níveis elevados de acomodação familiar, que exigirão experiência, conhecimento e habilidades do profissional para superá-los.

Algumas falhas são muito comuns sobre tudo nos terapeutas inexperientes e principiantes. É frequente, por exemplo, não darem importância ao estabelecimento de um bom vínculo e uma boa aliança terapêutica, iniciarem a terapia sem resolver previamente a questão da motivação e do *insight* ou, ainda, escolherem exercícios incompatíveis com as possibilidades reais do paciente de executá-los. Da mesma forma, podem prescrever exercícios leves demais, ou em pequena quantidade, que não implicam qualquer aumento de ansiedade, nenhum grau de habituação e, portanto, de redução dos sintomas.

DIFICULDADE DE ESTABELECER O VÍNCULO COM O TERAPEUTA E A ALIANÇA TERAPÊUTICA

Como em qualquer modalidade de tratamento, é crucial, na TCC, que o paciente consiga estabelecer um vínculo afetivo e uma aliança terapêutica com o médico. Além de conhecimento sólido da psicopatologia do TOC, do modelo cognitivo-comportamental e de experiência em TCC, são importantes também algumas características pessoais do terapeuta, co-

mo calor humano, autenticidade, empatia, interesse genuíno, boa capacidade de comunicação e, principalmente, boa capacidade de incutir esperança ao apontar perspectivas ao paciente de poder vencer o transtorno. O terapeuta terá também de ser didático e convincente, fundamentar com clareza o diagnóstico e as propostas terapêuticas, por intermédio de um racional convincente que as fundamente, e oferecer uma explicação plausível para as possíveis mudanças e as chances de consegui-las. Além disso, é fundamental que consiga convencer o paciente a “comprar” essa nova explicação.

Da parte do paciente, é importante que consiga se vincular ao terapeuta (é essencial gostar dele), sentir confiança em seus conhecimentos e competência e ter expectativas (autoeficácia) de obter ajuda. Pacientes com determinados transtornos da personalidade (esquizoide, paranoide), transtorno esquizotípico, psicoses, poderão ter dificuldade em construir esse vínculo, ou tentarão estabelecer um vínculo patológico (transtornos da personalidade dependente, histrionica, *borderline*), o que pode levar a terapia ao fracasso.

FALTA DE *INSIGHT*, MOTIVAÇÃO PARA O TRATAMENTO E ADESÃO AOS EXERCÍCIOS

A ausência de *insight* e a falta de motivação são fatores consistentemente associados a abandonos e não resposta aos tratamentos, tanto farmacológicos como psicoterápicos.^{5,27,28} Essas são questões, portanto, a serem resolvidas antes do início do tratamento, sob pena de o fracasso ser inevitável. A recomendação é de não iniciar o tratamento (farmacológico e especialmente a TCC) antes que o paciente reconheça que suas “manias” são manifestações de uma doença – o TOC –, não simples manias idiossincráticas, e sem que declare de forma explícita a decisão de iniciar o tratamento, se-

não haverá grande probabilidade de não aderir aos exercícios, ocasionando abandonos. O recurso, nesses pacientes, é o uso extensivo da psicoeducação e de entrevistas motivacionais, descritas no Capítulo 8, e que com frequência não são valorizadas, sobretudo por terapeutas principiantes.

OS EXERCÍCIOS PROVOCAM DEMASIADA ANSIEDADE

Como regra, a maioria dos pacientes teme o aumento inicial da ansiedade que ocorre ao realizarem os exercícios de exposição e se por acaso se abstiverem de executar um ritual. São receios semelhantes aos que ocorrem em pacientes com transtorno de pânico: medo de terem problemas físicos (infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral) ou mentais (enlouquecer) ou, ainda, de que a ansiedade não termine nunca. Esses receios são particularmente comuns quando os sintomas obsessivo-compulsivos (OC) são muito graves, quando os pacientes apresentam comorbidades com outros transtornos de ansiedade, como transtorno de ansiedade generalizada (TAG), transtorno de pânico, fobias, ou são pessoas muito dependentes. Os exercícios necessitam ser planejados com cuidado, ser graduais e prescritos em acordo com o paciente, de tal forma que ele acredite ter pelo menos 80% de chance de executá-los. Outro recurso é a terapia assistida realizada em conjunto com o próprio terapeuta, um familiar ou um acompanhante terapêutico (AT). É importante lembrar, no entanto, que o paciente, de modo geral, subestima sua capacidade de enfrentar e tolerar aumentos de ansiedade, além de ter pensamentos catástroficos a respeito. Incentivo, correção de tais pensamentos e crenças distorcidas são as medidas que podem vencer os impasses. Na verdade, não é possível vencer determinados medos sem provocá-los.²⁹

OS EXERCÍCIOS NÃO PROVOCAM ANSIEDADE OU A ANSIEDADE É MÍNIMA, NÃO OCORRE A HABITUAÇÃO

Uma regra muito simples, decorrente da teoria do processamento emocional, afirma que, para serem eliminados, os medos necessitam ser ativados.²⁹ Todo exercício de EPR que não provoque aumento de ansiedade tende a ser inócuo; deve ser revisado e possivelmente retirado da lista de tarefas ou modificado, pois não provoca habituação e não contribui para a eliminação dos sintomas, como foi apontado. A habituação, contudo, pode acontecer em poucos minutos ou pode demorar até 3 horas para ocorrer completamente.³⁰⁻³² É importante orientar o paciente em relação a esses aspectos. A presença de TAG como comorbidade também torna mais difícil a exposição, por potencializar os medos.

RITUAIS ENCOBERTOS E NEUTRALIZAÇÕES PODEM ANULAR OS EFEITOS DA EXPOSIÇÃO

Os efeitos da exposição e da prevenção de rituais podem ser anulados ou neutralizados por manobras como desviar a atenção do exercício, com a realização de rituais encobertos, rituais mentais (repetir frases, contar), rituais dissimulados (não checar manualmente, mas dar uma olhada, tocar, passar a mão; abster-se de acender e apagar várias vezes as lâmpadas, mas delegar a tarefa de apagar as luzes para outra pessoa ou familiar para evitar o impulso de fazer o ritual) e também com tentativas de se reassegurar ou de obter garantias com o terapeuta ou com os familiares, repetindo perguntas de que nada de catastrófico aconteceu ou irá acontecer. Todas essas manobras impedem a exposição plena ou anulam seus efeitos, geralmente não são relatadas pelos pacientes e muitas vezes não são percebidas pelo terapeuta, que deverá estar atento a elas, em espe-

cial quando o paciente refere fazer os exercícios, e os sintomas, no entanto, não diminuem.

➤ ACOMODAÇÃO FAMILIAR E ENVOLVIMENTO DA FAMÍLIA NO TRATAMENTO

De modo geral, tem sido dada pouca importância para o papel da família no TOC, seja para a atitude que desempenha no reforço dos rituais, portanto contrariando as orientações da terapia, seja pelo que pode contribuir para o tratamento.

Na maioria das vezes, o TOC interfere de maneira acentuada na vida da família. As rotinas, a vida social, as atividades de lazer ficam, não raro, inteiramente comprometidas. É comum os familiares reagirem com hostilidade, critismo ou então se envolverem nos rituais, apoiando, participando de forma direta de sua realização e se submetendo às regras impostas pelo paciente. Esse fenômeno foi denominado “acomodação familiar” (AF).³³ Acredita-se que a AF seja prejudicial tanto para o paciente como para o andamento da TCC, pois está na contramão das orientações da terapia ao reforçar os comportamentos compulsivos (p. ex., respondendo inúmeras vezes a mesma pergunta ou participando dos rituais) e ao proporcionar alívio para a ansiedade do paciente. Dessa forma, contribuiria para a perpetuação dos rituais e, consequentemente, atrasaria, a resposta terapêutica.^{20,34} Níveis elevados de AF estão associados a sintomas OC mais graves antes do tratamento, a refratariedade e a piores resultados na TCC.^{18,21,35} Pacientes com TOC cujos familiares apresentam elevados níveis de hostilidade em relação aos seus sintomas também apresentam resposta menos satisfatória ao tratamento.³⁶

Especialmente quando se atende uma criança ou um adolescente, quando os sinto-

mas são muito graves e existem graus elevados de hostilidade, criticismo ou acomodação familiar, é muito importante a participação dos familiares no tratamento para serem orientados em relação às atitudes mais adequadas e para que estejam alinhados com os objetivos, os propósitos e os métodos da TCC, nunca na contramão. Acredita-se que a redução da AF tenha um efeito positivo sobre o curso da terapia.

➤ O PACIENTE DE MANEJO DIFÍCIL OU COMPLEXO

A situação mais comum na clínica é o paciente que apresenta um ou mais dos fatores associados com menor resposta ao tratamento, seja em razão do tipo de sintomas que apresenta, seja em razão das comorbidades ou de condições pessoais, como ausência de *insight* e de motivação, presença de crenças supervalorizadas ou comprometimento da qualidade de vida. São situações de manejo difícil ou complexo. Modificações no formato e otimização dos diferentes recursos terapêuticos poderão melhorar o prognóstico para muitos desses pacientes. Estratégias de potencialização dos medicamentos, acréscimo da TCC à psicofarmacologia, modificações no formato da TCC, como maior ênfase na psicoeducação, uso de entrevistas motivacionais, inclusão de técnicas cognitivas no início da TCC, terapia intensiva domiciliar ou em ambiente hospitalar e a inclusão da abordagem familiar podem fazer muitos deles, rotulados de resistentes ou refratários, melhorar com o tratamento. Na verdade, o paciente não poderia receber esse rótulo sem antes passar por todas essas etapas em razão até da inespecificidade dos tratamentos atuais. Esgotados esses recursos, restam ainda medidas mais invasivas, como neurocirurgia e estimulação cerebral profunda.

Serão revisadas, a seguir, situações em que a resposta ao tratamento pode ficar comprometida em razão de comorbidades, subtipos de sintomas e gravidade.

➤ SITUAÇÕES QUE PODEM COMPROMETER A RESPOSTA AO TRATAMENTO: COMORBIDADES

Uma das razões mais comuns para o tratamento não funcionar é a presença de comorbidades. O profissional deve estar sempre atento para essa possibilidade, especialmente quando os resultados não são os esperados.

TOC E DEPRESSÃO

Depressão é uma das comorbidades mais comuns no TOC. Um estudo encontrou prevalência de depressão em pacientes com o transtorno de 37,7 %.³⁷ Outro estudo recente realizado em nosso meio mostrou que 67,2% dos pacientes com TOC tiveram depressão maior (grave) ao longo da vida, e 44% apresentavam, na época do estudo, uma prevalência, portanto, bem mais elevada do que na população em geral.³⁸ Pesquisas iniciais e um artigo de revisão concluíram que a depressão, em especial a depressão grave, é um preditor de não resposta à terapia de EPR.³⁹⁻⁴²

Pesquisas mais recentes têm encontrado resultados contraditórios quanto à influência da depressão nos resultados da TCC.^{43,44} A prática clínica, entretanto, mostra que pacientes com TOC que estejam apresentando um episódio de depressão maior grave (muitas vezes recorrente), em razão da apatia e da desesperança, podem não ter ânimo e energia suficientes para se empenharem nas tarefas que lhes serão solicitadas na TCC, comprometendo a resposta ao tratamento.⁴⁰ Todavia, é comum também a observação de que os sintomas de-

pressivos diminuem com a redução dos sintomas OC.

Esses resultados controversos refletem, em parte, a psicopatologia que envolve a relação entre TOC e depressão a ser elucidada antes do início do tratamento: os sintomas depressivos que o paciente apresenta associados ao TOC representam uma comorbidade independente (distimia, depressão maior ou um episódio depressivo de um transtorno bipolar) ou são uma consequência dos sintomas OC? Quando os sintomas depressivos são consequência do TOC, o que é comum quando os sintomas OC são graves e incapacitantes e o paciente não consegue resistir aos rituais, em geral a melhora desses sintomas tem como consequência a melhora dos sintomas de humor. Entretanto, se os sintomas depressivos forem de intensidade moderada ou grave, devem ser utilizados medicamentos antidepressivos (de preferência os que têm efeito antiobsessivo).⁴⁵ Nesses casos, a TCC deve focar nos aspectos cognitivos típicos da depressão: avaliação negativa de si mesmo, das pessoas a sua volta e do futuro (tríade cognitiva de Beck) – desesperança, desamparo e ativação comportamental. Devem-se iniciar as tarefas de casa assim que o paciente se sentir motivado e com mais energia.

Os sintomas depressivos, contudo, podem ser manifestações de transtorno do humor unipolar (depressão maior, distimia) ou de episódio depressivo do TB, independentes do TOC. Alguns indicativos nesse sentido envolvem iniciarem antes dos sintomas OC, não terem relação e flutuarem independentemente da gravidade dos sintomas OC. Nesse caso, existem implicações importantes para o tratamento. Na depressão do TB, podem ocorrer viradas maníacas com o uso de antidepressivos (antiobsessivos), razão pela qual tais medicamentos devem ser evitados, sendo preferível a TCC, ou seu uso deve ser cauteloso, associado aos estabilizadores do humor.

TOC E TRANSTORNO BIPOLAR

É bastante frequente a comorbidade de TOC e TB. Um estudo verificou que 16% dos pacientes com diagnóstico de TOC apresentavam TB.⁴⁶ Outro, com uma amostra maior, verificou prevalência de 13,1% de TB.⁴⁷ Também é muito comum em adolescentes, com 21% dos pacientes com TB apresentando TOC, e 15% dos com TOC apresentando TB.

O TB comórbido com TOC está associado a indicadores de mau prognóstico, entre eles maior gravidade dos sintomas de humor e OC, presença de obsessões e compulsões de armazenamento, curso pior da doença, com duração maior dos episódios e menores períodos de eutimia. A comorbidade ocasiona também maior comprometimento do funcionamento em geral, maior número de solicitações de consultas e de hospitalizações e pior resposta aos estabilizadores do humor, acarretando a necessidade do uso de múltiplos medicamentos dessa categoria.⁴⁶⁻⁴⁸

A comorbidade entre TOC e TB representa pior prognóstico para o tratamento do TOC em razão de problemas práticos e principalmente se os sintomas de humor não estiverem totalmente controlados. Em geral, indivíduos com TB têm grande dificuldade de atenção e concentração, pouca tolerância a contrariedades, são impacientes, irritadiços, apresentam dificuldade em planejar sua vida no curto e longo prazos, pouca persistência e, por esses motivos, podem ter dificuldade em realizar as tarefas programadas na TCC. Especialmente durante o episódio de mania aguda, o paciente pode não apresentar as condições mínimas necessárias para iniciar a TCC: capacidade de se concentrar, planejar e organizar para realizar os exercícios de EPR e de tolerar incrementos de ansiedade, o que pode agravar ainda mais o quadro. Por todos esses motivos, diante da comorbidade, a prioridade é o controle dos sintomas do TB com estabilizadores do humor para depois iniciar a TCC do TOC.

Nesses pacientes, o uso de antiobsessivos pode induzir viradas maníacas, como foi apontado. Caso a opção seja utilizá-los, é importante a cobertura com estabilizadores do humor e antipsicóticos. Na TCC, as tarefas têm que ser em menor número, bem definidas, e talvez seja útil a assistência da família.

TOC E TRANSTORNO DE DÉFIT DE ATENÇÃO COM OU SEM HIPERATIVIDADE

É comum a associação de transtorno de déficit de atenção com ou sem hiperatividade (TDAH) ao TOC, sobretudo em meninos cujos sintomas OC iniciaram precocemente na infância ou na adolescência. Os sintomas OC tendem a ser mais graves e mais persistentes comparados aos de indivíduos com TOC sem TDAH.⁴⁹ A prevalência de TOC em indivíduos com TDAH é de 8 a 10%, bem mais alta do que na população em geral. A presença de TDHA é um preditor de menor resposta ao tratamento farmacológico do TOC e um complicador para o sucesso da TCC.⁵⁰ Maior impulsividade, deficiências em prestar atenção, dificuldade para focar em disfunções cognitivas (pensamentos automáticos e crenças), no planejamento e na execução das tarefas de casa e na persistência dos exercícios programados interferem e dificultam a TCC.

Na TCC, o terapeuta deverá, ainda, na psicoeducação, alertar o paciente para as consequências práticas de ter os dois transtornos e propor algumas medidas para superá-las. Tais condutas incluem anotar no caderno os exercícios da semana e revisar diariamente tais anotações, controlar a impulsividade e se conter ante o impulso de executar rituais. Ao realizar os exercícios, deve-se focar a atenção no que está fazendo, bem como evitar os distratores (ouvir música em fones de ouvido, ficar atendendo o celular, vendo e-mails ou acessando o Facebook, tudo ao mesmo tempo). A regra é bem simples: fazer uma coisa de cada vez.

Para diminuir as dificuldades de atenção e a hiperatividade, e se não houver contraindicações, associar aos antiobsessivos os medicamentos utilizados no tratamento do TDAH, como o metilfenidato.

PACIENTES COM SINTOMAS PSICÓTICOS

Quando ocorrem sintomas OC em pacientes com esquizofrenia ou transtorno delirante, em primeiro lugar, deve-se afastar a possibilidade de que os sintomas sejam efeito dos neurolépticos que porventura estes estejam utilizando. Nesse caso, os sintomas teriam começado depois do início do uso dos medicamentos, em geral são movimentos repetitivos, estereotipados, não precedidos por verdadeiras obsessões, e não são realizados com a finalidade de afastá-las ou neutralizá-las. Em situações como essa, deve-se trocar a medicação por outro antipsicótico. Se, de fato, se trata de uma comorbidade (TOC + psicose), deve-se dar prioridade ao controle dos sintomas psicóticos e, em um segundo momento, acrescentar os antiobsessivos, atentando para as possíveis interações, e a terapia de EPR. Esses pacientes frequentemente têm comprometimento cognitivo, o que dificulta a compreensão do modelo que embasa a TCC. Além disso, sintomas negativos, como falta de iniciativa e apatia, dificultam a adesão aos exercícios.

TOC E TRANSTORNOS DA PERSONALIDADE

A presença de transtornos graves da personalidade pode gerar impasses, interferir no andamento da terapia e exigir algumas adaptações.

TRANSTORNO DA PERSONALIDADE ESQUIZOTÍPICA

Embora a presença do transtorno da personalidade esquizotípica em pacientes com TOC se-

ja relativamente rara – cerca de 5% –, é importante seu diagnóstico, pois alguns de seus sintomas podem ser confundidos com os do TOC.^{51,52} Além disso, a comorbidade também tem importantes implicações para o prognóstico e o tratamento.

Sabe-se, de longa data, que a presença do transtorno da personalidade esquizotípica em pacientes com TOC está associada a insucesso no tratamento.⁵¹⁻⁵³ Pontuações elevadas nas escalas de sintomas esquizotípicos, sobretudo aberrações da percepção, foram altamente preditivas de fracasso no tratamento do TOC.⁵⁴

Pacientes com TOC e transtorno da personalidade esquizotípica têm *insight* pobre, funcionamento geral comprometido, dificuldades de estabelecer vínculo terapêutico e de ter empatia, fatores relacionados a resultados pobres com o tratamento. Para esses indivíduos, recomenda-se associar ao tratamento para o TOC (ISRS + terapia de EPR), treinamento de habilidades sociais e pequenas doses de antipsicóticos. Esses pacientes também podem necessitar de aumento dos antipsicóticos, se já estiverem em uso.^{52,55}

TRANSTORNO DA PERSONALIDADE *BORDERLINE*

Os pacientes com transtorno da personalidade *borderline*, com muita frequência, apresentam marcante dificuldade em aderir a qualquer modalidade de terapia ou tratamento medicamentoso por não conseguirem manter um vínculo estável com o terapeuta. Também é difícil que se comprometam de forma sustentável com um plano de tratamento, além de apresentarem baixa tolerância à frustração (p. ex., ao aumento da ansiedade com a TCC) e alta impulsividade. Seus relacionamentos íntimos e seus vínculos afetivos são marcados por constantes conflitos e por persistentes e frequentes sentimentos de raiva e irritabilidade às menores frustrações. Como consequência,

a vida pessoal é desorganizada e, muitas vezes caótica. Em razão dessas características, é difícil terem persistência para levar adiante as tarefas da terapia de EPR e tolerar o aumento da ansiedade que o tratamento necessariamente acarreta.

TRANSTORNO DA PERSONALIDADE *OBSESSIVO-COMPULSIVA*

O transtorno da personalidade obsessivo-compulsiva (TPOC) é comum em indivíduos com TOC, ocorrendo em 25 a 32% deles. Já a prevalência de TOC em amostras de pacientes com TPOC está em torno de 20%.³⁷ Seus sintomas são facilmente confundidos com os do TOC, embora sejam egossintônicos e em geral menos incapacitantes. Traços leves de TPOC não interferem no tratamento, podendo até se constituir em um elemento favorável, na medida em que esses pacientes são responsáveis, persistentes, dedicados e aderem com facilidade às tarefas de EPR. Entretanto, quando estão presentes traços acentuados de controle, rigidez moral, mesquinhez e intolerância à incerteza, sintomas como escrupulosidade, culpa por falhas e ruminações de dúvidas podem criar dificuldade e exigir o acréscimo de técnicas cognitivas que foquem nessas questões.

PACIENTES COM DUAS OU MAIS COMORBIDADES

Em pacientes com TOC, é comum a ocorrência de múltiplas comorbidades, como depressão associada a algum dos transtornos de ansiedade (TAG, ansiedade social, pânico, fobias) ou TDAH. Também é frequente o TOC associado ao TB e ao TDAH, a tiques e ao transtorno do controle dos impulsos ou, ainda, TOC, transtorno global do desenvolvimento e tiques. As combinações são as mais variadas, e muitas vezes a situação clínica se configura complexa.

A resposta à TCC piora com o aumento do número de comorbidades, exigindo intervenções psicoterápicas e farmacológicas complexas.⁵ O terapeuta deverá utilizar seu discernimento para priorizar o foco e as estratégias psicoterápicas e, se possível, usar intervenções (como os medicamentos) que sejam efetivas para mais de um dos transtornos presentes. Por exemplo, os antiobsessivos, em geral, são úteis tanto na depressão como nos transtornos de ansiedade; os antipsicóticos, ao mesmo tempo, podem ser utilizados como estabilizadores do humor e para potencializar os antiobsessivos.

➤ SUBTIPOS DE SINTOMAS (DIMENSÕES) E RESPOSTA AOS TRATAMENTOS

Alguns subtipos de sintomas estão associados a menor resposta à TCC. Os melhores resultados da terapia de EPR são observados com pacientes que apresentam compulsões de lavagem/limpeza, bem como de simetria e ordenamento. Curiosamente, pacientes com essas manifestações apresentam pior resposta aos ISRSs. Aqueles com colecionismo e obsessões de conteúdo sexual ou religioso inaceitáveis e obsessões “puras” – ausência de compulsões – apresentam resposta pobre ou não respondem tanto à terapia de EPR quanto aos ISRSs.¹⁹ Esses indivíduos, entretanto, podem evidenciar melhora com a TCC se forem feitas algumas adaptações na abordagem psicoterápica, descritas a seguir.

ACUMULADORES COMPULSIVOS (COLEÇÃOISTAS)

Entre os pacientes com TOC ou com transtorno relacionado ao TOC que menos respondem aos tratamentos estão os acumuladores compulsivos ou colecionistas (ou, ainda, transtorno de acumulação, no *Manual diagnóstico e es-*

tatístico de transtornos mentais [DMV-5]). Tendem a responder menos tanto à TCC quanto aos tratamentos farmacológicos em comparação aos pacientes que apresentam outros sintomas OC, sobretudo quando os sintomas são graves, têm *insight* pobre ou ausente e não apresentam motivação para o tratamento.^{19,56-59} Em uma revisão mais recente, Pertusa⁶⁰ revisou 16 estudos realizados entre 1997 e 2009 com colecionistas. Aproximadamente metade dos estudos verificou que os pacientes colecionistas respondem pior ao tratamento farmacológico do que os não colecionistas, enquanto a outra metade dos estudos não encontrou diferenças.⁶⁰

Essas diferenças de resultados devem-se provavelmente às características das amostras dos diferentes estudos e em especial ao que os pesquisadores consideraram “acumulação compulsiva” (*hoarding* em inglês). Nas pesquisas sobre *hoarding* – acumulação compulsiva, de modo geral, não é feita a distinção entre o sintoma “acumulação compulsiva” do TOC e do transtorno de acumulação. A tendência atual é considerá-lo um transtorno independente do TOC, embora relacionado a ele.

A acumulação compulsiva primária ou transtorno de acumulação, costuma não ser acompanhado de outros sintomas do TOC, e os sintomas não são precedidos por obsessões ou pensamentos de conteúdo catastrófico. Os pacientes costumam apresentar *insight* pobre ou nenhum *insight* sobre a doença, seus sintomas são egossintônicos; sentem-se bem rodeados de lixo e de objetos acumulados em grande desordem. Por esse motivo, apresentam baixa ou nenhuma motivação e resistência passiva ao tratamento.⁶¹ Uma peculiaridade desses sintomas é o fato de o armazenamento de itens ser decorrência da dificuldade em descartá-los, e não da tentativa de aliviar um temor catastrófico, como ocorre com outros sintomas OC. O descarte é que provoca aflição, e esse é mais um motivo pelo qual a terapia

de EPR ou mesmo a TCC tradicionais em geral não funcionam. Em virtude disso, a acumulação compulsiva primária grave (transtorno de acumulação no DSM-5) constitui uma das situações de mais difícil manejo.

A primeira dificuldade é convencer esses pacientes a procurar o tratamento, havendo pouco a fazer quando ele se recusa a consultar um profissional. Quem procura aconselhamento, na maioria das vezes, são os familiares, que podem ser orientados a tentar convencer o paciente a procurar ajuda diante dos transtornos acarretados a toda a família.

Resultados melhores têm sido obtidos com uma modalidade denominada “multimodal”, que envolve a modificação da TCC e a adoção de medidas não habituais. Caracteriza-se por sessões intensivas e frequentes (até 5 vezes por semana), eventualmente internação hospitalar, uso associado de ISRS, visitas domiciliares para avaliação da gravidade da acumulação de objetos, uso de fotografias das peças comprometidas da casa, dos itens acumulados do grau de desordem, além de programação do descarte e controle posterior do andamento do programa. Mais informações sobre o tratamento da acumulação compulsiva podem ser encontradas no Capítulo 14.

OBSESSÕES DE CONTEÚDO INACEITÁVEL OU REPUGNANTE

Pensamentos obsessivos inaceitáveis ou repugnantes eram considerados sintomas de difícil tratamento e, nas pesquisas, eram associados a refratariedade ou não resposta à terapia de EPR.¹⁸ A melhor compreensão desses sintomas, com a identificação das avaliações e interpretações erradas a eles associadas, do tipo “Ter esse pensamento significa que posso praticá-lo ou equivale a praticar” (fusão do pensamento e da ação), bem como dos fatores que concorrem para sua persistência, tem possibilitado sua efetiva abordagem TCC.

Essa nova abordagem valoriza a psicoeducação focada no modelo cognitivo para esses sintomas e em abolir os fatores que contribuem para sua manutenção (p. ex., vigiar os pensamentos e tentar afastá-los contribui para o aumento de sua intensidade e frequência). Procura, ainda, identificar os erros de avaliação (metacognições) e as crenças inclusas no domínio “fusão do pensamento e da ação” e corrigi-los por meio de técnicas cognitivas que são associadas a exposição e prevenção de rituais. Evitações, rituais e manobras de neutralização são muito comuns em pacientes com obsessões de conteúdo repugnante e, se forem identificados, podem ser abordados pelas tradicionais técnicas de EPR. Com essas modificações, muitos desses pacientes puderam ser incluídos entre os que respondem à TCC (a abordagem cognitivo-comportamental desses pacientes é aprofundada no Capítulo 12 desta obra).

► PACIENTES COM SINTOMAS MUITO GRAVES E INCAPACITANTES

Infelizmente, no TOC, são comuns pacientes com sintomas muito graves, de longa data, incapacitados para o trabalho e para terem uma vida autônoma, com elevados níveis de acomodação familiar, constituindo um quadro tão ou mais grave que a esquizofrenia.⁶² Esses indivíduos com frequência são considerados refratários de acordo com os critérios enunciados no início do capítulo e em geral utilizaram diversos antiobsessivos, passaram por várias alternativas de potencialização e por tentativas fracassadas de TCC. As alternativas de abordagem desses pacientes, com algumas evidências de eficácia, são:

- 1** terapia intensiva assistida domiciliar associada a farmacoterapia;
- 2** terapia intensiva assistida hospitalar associada a farmacoterapia;

- 3 a estimulação cerebral profunda; e
- 4 neurocirurgia convencional ou neurocirurgia por faca de raios gama.

TRATAMENTO INTENSIVO AMBULATORIAL E DOMICILIAR

Quando o paciente apresenta sintomas graves e incapacitantes, uma das primeiras opções para o tratamento é a terapia intensiva de ambulatório e domiciliar, utilizando TCC associada a medicamentos antiobsessivos. No entanto, algumas condições são necessárias para possibilitar essa intervenção: o paciente e a família devem dispor de horários e participar; o terapeuta, ou alguém da sua equipe, deve estar disponível; e os custos devem ser compatíveis com as condições da família. Algumas vezes, ela pode ser realizada por um acompanhante terapêutico devidamente treinado, com bom entrosamento com o terapeuta e com a família, condição essencial para a combinação e o monitoramento das tarefas. As sessões em domicílio podem ser diárias ou bissemanais (1 a 2 horas), sendo os exercícios prescritos de acordo com os sintomas do paciente. A terapia assistida facilita a realização de exercícios gra-

duais de EPR, que podem ser feitos no domicílio ou em locais públicos previamente definidos, como usar o banheiro em um *shopping*, entrar em uma loja, passar perto e entrar em uma funerária ou em um hospital, andar em coletivos, etc. Pode ser utilizada, ainda, modelagem (controle de tarefas e tempos) para tarefas como tomar banho, vestir as roupas, fazer as refeições em pacientes com lentidão obsessiva. A escolha dos exercícios segue as mesmas regras estabelecidas no Capítulo 8.

Foram publicados recentemente os resultados do tratamento ambulatorial e domiciliar intensivo realizado com 205 indivíduos com TOC grave e refratário. A gravidade global dos sintomas do transtorno diminuiu bastante ao longo das 12 a 24 semanas do período de tratamento: 40% dos pacientes apresentaram melhora clinicamente significativa, e 10% foram considerados recuperados do TOC.⁶³

TRATAMENTO INTENSIVO HOSPITALAR

A internação em uma unidade psiquiátrica (idealmente em hospital geral) pode ser uma opção em pacientes com sintomas graves, que

EXEMPLO DE ATENDIMENTO DOMICILIAR INTENSIVO

Paciente feminina de 35 anos de idade apresentando TOC grave e anorexia nervosa de longa data. Apresentava principalmente obsessões e compulsões por limpeza, muitas evitações para entrar em contato com possíveis contaminantes e significativa lentificação na execução de tarefas. Necessitou ser internada na unidade psiquiátrica por agudização dos sintomas do TOC e desnutrição grave. Após 45 dias de internação, retornou ao domicílio melhor de ambos os transtornos, onde passou a receber cinco visitas domiciliares semanais de uma psicóloga orientada pelo terapeuta auxiliar nas tarefas de EPR e no controle da anorexia nervosa. A paciente seguiu também em atendimento clínico com o mesmo psiquiatra da internação e foi encaminhada para acompanhamento com nutricionista especializada em transtornos da alimentação.

apresentem risco para si ou para os outros, risco de exposição moral ou incapacidade para terem autocuidados. Além desses critérios, Boschen e colaboradores⁶⁴ utilizaram também a incapacidade de sair da cama por 3 horas ou mais devido aos sintomas do TOC ou à inversão do ciclo sono-vigília.

A internação tem por objetivos revisar o esquema medicamentoso em uso (esses pacientes, como regra, usam uma variedade de medicamentos, em uma prescrição nem sempre lógica e coerente). O segundo motivo é possibilitar a terapia de EPR de forma intensiva assistida pelo terapeuta e pela equipe médica.

A internação, em razão da legislação vigente, deve ser voluntária, ou seja, o paciente deve estar de acordo. Se estiver em situação de risco, e a família autorizar, pode ser involuntária, sendo necessário comunicar os motivos ao Ministério Público. Entretanto, existem várias limitações para essa abordagem. No Brasil, são poucos os hospitais com equipe de enfermagem treinada para atender pacientes com TOC e apoiá-los nas tarefas de EPR. As vagas são escassas, os custos são altos, e a hospitalização deve ser breve, não podendo se estender pelo tempo que seria necessário para a remissão completa dos sintomas. Superadas essas difi-

EXEMPLO DE PACIENTE CONSIDERADO REFRATÁRIO E TRATADO EM AMBIENTE HOSPITALAR

Paciente masculino, 18 anos, com sintomas graves de TOC desde os 15 anos. Apresentava obsessões ligadas à lembrança de uma situação alegada por ele traumática de contato libidinoso com um garoto de mesma idade, mesmo não tendo ocorrido nenhum tipo de abuso na ocasião. O paciente apresentava compulsões de anulação diante de toda lembrança do fato, como girar o corpo da direita para a esquerda e realizar movimentos estereotipados com as pernas. Porém, os sintomas mais limitantes eram as evitações: não suportava, por exemplo, que falassem o nome da cidade de origem do garoto e, com o agravamento, já não podia frequentar e nem permitia que ninguém da família fosse a um lugar em que aquele já estivera, como lancherias, clube e supermercados. Os sintomas eram tão intensos que não conseguia mais continuar na escola e ter uma vida social mínima. Toda a família estava mobilizada com seus sintomas, com as rotinas modificadas e apresentando intenso sofrimento. Já havia passado por duas hospitalizações prévias, 10 sessões de eletroconvulsoterapia, realizado TCC durante 6 meses e feito uso de vários esquemas medicamentosos sem evidenciar qualquer melhora. Em virtude provavelmente do uso dos antipsicóticos atípicos, apresentava obesidade e dislipidemia. A Y-BOCS no momento da internação foi de 37. Permaneceu hospitalizado durante 30 dias, tendo realizado TCC intensiva diária com prescrição e acompanhamento de tarefas de EPR, como olhar fotografias de lugares “proibidos” da sua cidade sem realizar compulsões. Foram realizadas diversas sessões de psicoeducação com o paciente e seus familiares, substituição dos medicamentos em uso por paroxetina com aumento até 60 mg, mais risperidona 1 mg. No momento da alta, estava praticamente sem sintomas OC, com recomendação de seguir acompanhamento ambulatorial especializado.

culdades, é um tipo de intervenção com boa chance de sucesso pelo menos em conseguir redução dos sintomas, possibilitando a continuação posterior da terapia de EPR.⁶⁵ Em um estudo, Drummond⁶⁶ tratou 49 pacientes com TOC refratário com terapia comportamental intensiva em ambiente hospitalar, tendo obtido melhora clínica na maioria (63,3%) dos pacientes.

NEUROCIRURGIA

Já está estabelecido que, mesmo com todas as alternativas farmacológicas e comportamentais, uma minoria de pacientes continua com sintomas muito graves e permanece gravemente incapacitada. Para esses pacientes a neurocirurgia é uma das opções.⁶⁷ Os procedimentos cirúrgicos mais utilizados são capsulotomia, cingulotomia, leucotomia límbica e tractomia do subcaudado. A eficácia relativa está entre 50 e 67%.⁶⁷

ESTIMULAÇÃO CEREBRAL PROFUNDA

A estimulação cerebral profunda consiste no implante de eletrodos em regiões específicas do cérebro que possibilitam um estímulo elétrico contínuo e de alta frequência a partir de um gerador de pulso externo similar a um marca-passo cardíaco. Seu mecanismo de ação é bloquear a ação da área estimulada. Sua principal vantagem é não ocasionar lesão definitiva, podendo ser reversível. Este ainda é um procedimento realizado em caráter experimental. Aproximadamente 100 pacientes com TOC em todo o mundo tiveram DBS implantada até o momento. Destes, cerca de metade sofreu implantação em alvos na região da cápsula interna/estriado ventral, incluindo o *nucleus accumbens*. Os resultados até agora indicam redução de 50% nos sintomas do TOC, de depressão e ansiedade.⁶⁸ Mais informações sobre DBS e neurocirurgia podem ser encontradas no Capítulo 15, p. 309-310 desta obra.

R E S U M O E D E S T A Q U E S

- Apesar de todos os avanços na compreensão e no tratamento do TOC, muitos pacientes continuam sintomáticos e gravemente incapacitados.
- São considerados refratários os pacientes que não responderam a pelo menos três ensaios terapêuticos com IRSs (tendo a clomipramina sido utilizada em pelo menos um deles), ao acréscimo de pelo menos dois agentes antipsicóticos como potencializadores e que também não tenham respondido a pelo menos uma tentativa de tratamento com TCC, associada ao antiobsessivo.
- Pacientes com sintomas OC graves e incapacitantes, baixa qualidade de vida, com múltiplas comorbidades, ausência de *insight* sobre seus sintomas, com crenças supervalorizadas ou em nível delirante sobre suas obsessões e com altos níveis de acomodação familiar respondem menos ou não respondem aos tratamentos.

TOCTOC TOCTOC TOCTOC TOCTOC TOCTOC TOCTOC TOCTOC

- A presença de comorbidades, como depressão, TB, TDAH, transtornos da personalidade esquizotípica ou *borderline* e psicoses, está associada a menor resposta aos antiobsessivos e TCC e exige modificações no tratamento.
- Pacientes com compulsões por acumular e obsessões de conteúdo inaceitável (violento/sexual/blafismo) respondem pobremente à terapia de EPR. Podem, no entanto, responder à terapia modificada.
- Pacientes com sintomas muito graves e incapacitantes podem responder a alguma das seguintes intervenções: terapia intensiva assistida domiciliar associada a farmacoterapia; terapia intensiva assistida hospitalar associada a farmacoterapia; neurocirurgia ou cirurgia por meio de raios gama e; estimulação cerebral profunda.

TOCTOCTOCTOCTOCTOCTOCTOCTOCTOC

➤ REFERÊNCIAS

1. Schruers K, Koning K, Luermans J, Haack MJ, Griez E. Obsessive-compulsive disorder: a critical review of therapeutic perspectives. *Acta Psychiatr Scand.* 2005;111:261-71.
2. de Haan E, van Oppen P, van Balkom AJ, Spinhoven P, Hoogduin KA, Van Dyck R. Prediction of outcome and early vs. late improvement in OCD patients treated with cognitive behavior therapy and pharmacotherapy. *Acta Psychiatr Scand.* 1997;96(5):354-61.
3. Jenike MA. Clinical practice. Obsessive-compulsive disorder. *N Engl J Med.* 2004;350(3):259-65.
4. Braga DT, Cordioli AV, Niederauer K, Manfro GG. Cognitive behavioral group therapy for obsessive-compulsive disorder: a 1-year follow-up. *Acta Psychiatr Scand.* 2005;112:180-6.
5. Raffin AL, Guimarães Fachel JM, Ferrão YA, Pasquoto de Souza F, Cordioli AV. Predictors of response to group cognitive-behavioral therapy in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Eur Psychiatry.* 2009;24(5):297-306.
6. De Araujo LA, Ito LM, Marks IM. Early compliance and other factors predicting outcome of exposure for obsessive-compulsive disorder. *Br J Psychiatry.* 1996;169(6):747-52.
7. Simpson HB, Maher MJ, Wang Y, Bao Y, Foa EB, Franklin M. Patient adherence predicts outcome from cognitive behavioral therapy in obsessive-compulsive disorder. *Consult Clin Psychol.* 2011;79(2):247-52.
8. Husted DS, Shapira NA. A review of the treatment for refractory obsessive-compulsive disorder: from medicine to deep brain stimulation. *CNS Spectr.* 2004;9(11):833-47.
9. Goodman WK, Ward HE, Kablinger AS, Murphy TK. Biological approaches to treatment-resistant obsessive-compulsive disorder. In: Goodman WK, Rudorfer M, Maser JD, editors. *Obsessive-compulsive disorder: contemporary issues in management.* London: Lawrence Erlbaum; 2000. p. 333-69.
10. Simpson HB, Gorfinkle KS, Liebowitz MR. Cognitive-behavioral therapy as an adjunct to serotonin reuptake inhibitors in obsessive-compulsive disorder: an open trial. *J Clin Psychiatry.* 1999;60(9):584-90.
11. Cordioli AV, Heldt E, Braga BD, Margis R, Basso de Sousa M, Fonseca Tonello J, et al. Cognitive-behavioral group therapy in obsessive-compulsive disorder: a randomized clinical trial. *Psychother Psychosom.* 2003;72(4):211-6.
12. Tolin DF, Maltby N, Diefenbach GJ, Hannan SE, Worhunsky P. Cognitive-behavioral therapy for medication non responders with obsessive-compulsive disorder: a wait-list-controlled open trial. *J Clin Psychiatry.* 2004;65(7):922-31.
13. Tundo A, Salvati L, Busti G, Di Spigno D, Falcini R. Addition of cognitive-behavioral therapy for nonresponders to medication for obsessive-compulsive disorder: a naturalistic study. *J Clin Psychiatry.* 2007;68(10):1552-6.
14. Stobie B, Taylor T, Quigley A, Ewing S, Salkovskis PM. "Contents may vary": a pilot study of treatment histories of OCD patients. *Behav Cogn Psychotherapy.* 2007;35(3):1-10.

15. Jenike MA. Clinical practice: obsessive-compulsive disorder. *N Engl J Med.* 2004;350(3):259-65.
16. Mataix-Cols D, Rauch SL, Baer L, Eisen JL, Shera DM, Goodman WK, et al. Symptom stability in adult obsessive-compulsive disorder: data from a naturalistic two-year follow-up study. *Am J Psychiatry.* 2002;159(2):263-8.
17. Mataix-Cols D, Marks IM, Greist JH, Kobak KA, Baer L. Obsessive-compulsive symptom dimensions as predictors of compliance with and response to behaviour therapy: results from a controlled trial. *Psychother Psychosom.* 2002;71(5):255-62.
18. Ferrão YA, Shavitt RG, Bedin NR, de Mathis ME, Carlos Lopes A, Fontenelle LF, et al. Clinical features associated to refractory obsessive-compulsive disorder. *J Affect Disord.* 2006;94(1-3):199-209.
19. Starcevic V, Brakoulias V. Symptom subtypes of obsessive-compulsive disorder: are they relevant for treatment? *Aust N Z J Psychiatry.* 2008;42(8):651-61.
20. Steketee G, Eisen J, Dyck I, Warshaw M, Rasmussen S. Predictors of course in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Res.* 1999;89(3):229-38.
21. Steketee G, Van Noppen B. Family approaches to treatment for obsessive-compulsive disorder. *Rev Bras Psiquiatr.* 2003;25(1):43-50.
22. Ferrão YA, Diniz JB, Lopes AC, Shavitt RG, Greenberg B, Miguel E. Resistance and refractoriness in obsessive-compulsive disorder. *Rev Bras Psiquiatr.* 2007;29(Suppl 2):S66-76.
23. Foa EB, Liebowitz MR, Kozak MJ, Davies S, Campeas R, Franklin ME, et al. Randomized, placebo-controlled trial of exposure and ritual prevention, clomipramine, and their combination in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry.* 2005;162(1):151-61.
24. Sousa MB, Isolan LR, Oliveira RR, Manfro GG, Cordioli AV. A randomized clinical trial of cognitive-behavioral group therapy and sertraline in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry.* 2006;67(7):1133-9.
25. Albert U, Brunatto C. Obsessive-compulsive disorder in adults: efficacy of combined and sequential treatments. *Clin Neuropsychiatry.* 2009;6(2):83-93.
26. Abramowitz JS, Taylor S, McKay D. Potentials and limitations of cognitive treatments for obsessive-compulsive disorder. *Cogn Behav Ther.* 2005;34(3):140-7.
27. Alonso P, Menchón JM, Segalàs C, Jaurrieta N, Jiménez-Murcia S, Cardoner N, et al. Clinical implications of insight assessment in obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry.* 2008;49(3):305-12.
28. Catapano F, Perris F, Fabrazzo M, Cioffi V, Giacco D, De Santis V, et al. Obsessive-compulsive disorder with poor insight: a three year prospective study. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry.* 2010;34(2):323-30.
29. Foa EB, Kozak MJ. Emotional processing of fear: exposure to corrective information. *Psychol Bull.* 1986;99(1):20-35.
30. Hodgson RJ, Rachman S. The effects of contamination and washing in obsessional patients. *Behav Res Ther.* 1972;10(2):111-7.
31. Roper G, Rachman S, Hodgson R. An experiment on obsessional checking. *Behav Res Ther.* 1973;11(3):271-7.
32. Likierman H, Rachman SJ. Spontaneous decay of compulsive urges: cumulative effects. *Behav Res Ther.* 1980;18:387-94.
33. Calvocoressi L, Mazure CM, Kasl SV, Skolnick J, Fisk D, Vegso SJ, et al. Family accommodation of obsessive-compulsive symptoms: instrument development and assessment of family behavior. *J Nerv Ment Dis.* 1999;187:636-42.
34. Renshaw K, Chambless D, Steketee G. The relationship of relatives' attributions to their expressed emotion and to patient's improvement in treatment for anxiety disorders. *Behav Ther.* 2006;37:159-69.
35. Merlo LJ, Lehmkuhl HD, Geffken GR, Storch EA. Decreased family accommodation associated with improved therapy outcome in pediatric obsessive-compulsive disorder. *J Consult Clin Psychol.* 2009;77(2):355-60.
36. Steketee G, Lam JN, Chambless DL, Rodebaugh TL, McCullough CE. Effects of perceived criticism on anxiety and depression during behavioral treatment of anxiety disorders. *Behav Res Ther.* 2007;45(1):11-9.
37. Nestadt G, Di CZ, Riddle MA, Grados MA, Greenberg BD, Fyer AJ, et al. Obsessive-compulsive disorder: subclassification based on comorbidity. *Psychol Med.* 2009;39(9):1491-501.
38. Quarantini LC, Torres AR, Sampaio AS, Fossaluza V, Mathis MA, do Rosário MC, et al. Comorbid major depression in obsessive-compulsive disorder patients. *Compr Psychiatry.* 2011;52(4):386-93.
39. Keijsers GP, Hoogduin CA, Schaap CP. Predictors of treatment outcome in the behavioural treatment of obsessive-compulsive disorder. *Br J Psychiatry.* 1994;165(6):781-6.
40. Abramowitz JS. Treatment of obsessive-compulsive disorder in patients who have comorbid major depression. *J Clin Psychol.* 2004;60(11):1133-41.
41. Foa EB. Failure in treating obsessive-compulsives. *Behav Res Ther.* 1979;17(3):169-76.
42. Steketee G, Chambless DL, Tran GQ. Effects of axis I and II comorbidity on behavior therapy outcome for obsessive-compulsive disorder and agoraphobia. *Compr Psychiatry.* 2001;42(1):76-86.
43. Steketee G, Siev J, Fama JM, Keshaviah A, Chosak A, Wilhelm S. Predictors of treatment outcome in modular cognitive therapy for obsessive-compulsive disorder. *Depress Anxiety.* 2011;28(4):333-41.
44. Storch EA, Adam B, Farrell L, Mirela A, Reid A, Geffken G, et al. Does cognitive behavioral therapy response among adults with obsessive-compulsive disorder differ as a function of certain comorbidities? *J Anxiety Disord.* 2010;24(6):547-52.

45. Otsuka T, Togo T, Sugiyama N, Uehara K, Yoshimi A, Karashima A, et al. Perospirone augmentation of paroxetine in treatment of refractory obsessive-compulsive disorder with depression. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2007;31(2):564-6.
46. Darby L, Agius M, Zaman R. Comorbidity of bipolar affective disorder and obsessive compulsive disorder in a Bedford community psychiatry team. *Psychiatr Danub*. 2011;23(Suppl 1):S130-3.
47. Timpano KR, Rubenstein LM, Murphy DL. Phenomenological features and clinical impact of affective disorders in OCD: a focus on the bipolar disorder and OCD connection. *Depress Anxiety*. 2012;29(3):226-33.
48. Joshi G, Woźniak J, Petty C, Vivas F, Yorks D, Biederman J, et al. Clinical characteristics of comorbid obsessive-compulsive disorder and bipolar disorder in children and adolescents. *Bipolar Disord*. 2010;12(2):185-95.
49. Walitza S, Zellmann H, Irblich B, Lange KW, Tucha O, Hemminger U, et al. Children and adolescents with obsessive-compulsive disorder and comorbid attention-deficit/hyperactivity disorder: preliminary results of a prospective follow-up study. *J Neural Transm*. 2008;115(2):187-90.
50. Grados M, Riddle MA. Do all obsessive-compulsive disorder subtypes respond to medication? *Int Rev Psychiatry*. 2008;20(2):189-93.
51. Jenike MA, Baer L, Minichiello WE, Schwartz CE, Carey RJ Jr. Concomitant obsessive-compulsive disorder and schizotypal personality disorder. *Am J Psychiatry*. 1986;143(4):530-2.
52. Baer L, Jenike MA. Personality disorders in obsessive compulsive disorder. *Psychiatr Clin North Am*. 1992;15(4):803-12.
53. Ravizza L, Barzega G, Bellino S, Bogetto F, Maina G. Predictors of drug treatment response in obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry*. 1995;56(8):368-73.
54. Moritz S, Fricke S, Jacobsen D, Kloss M, Wein C, Rufer M, et al. Positive schizotypal symptoms predict treatment outcome in obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther*. 2004;42(2):217-27.
55. Poyurovsky M. Clozapine in treatment-refractory obsessive-compulsive disorder with comorbid schizotypal personality disorder. *Isr J Psychiatry Relat Sci*. 2008;45(3):219-20.
56. Rufer M, Fricke S, Moritz S, Kloss M, Hand I. Symptom dimensions in obsessive-compulsive disorder: prediction of cognitive-behavior therapy outcome. *Acta Psychiatr Scand*. 2006;113(5):440-6.
57. Abramowitz JS, Franklin ME, Schwartz SA, Furr JM. Symptom presentation and outcome of cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder. *J Consult Clin Psychol*. 2003;71(6):1049-57.
58. Mataix-Cols D, Rauch SL, Manzo PA, Jenike MA, Baer L. Use of factor-analyzed symptom dimensions to predict outcome with serotonin reuptake inhibitors and placebo in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry*. 1999;156(9):1409-16.
59. Saxena S, Maidment KM. Treatment of compulsive hoarding. *J Clin Psychol*. 2004;60(11):1143-54.
60. Pertusa A, Frost RO, Fullana MA, Samuels J, Steketee G, Tolin D, et al. Refining the diagnostic boundaries of compulsive hoarding: a critical review. *Clin Psychol Rev*. 2010;30(4):371-86.
61. Christensen D, Greist J. The challenge of obsessive-compulsive disorder hoarding. *Primary Psychiatry*. 2001;8(2):79-86.
62. Bystritsky A, Liberman RP, Hwang S, Wallace CJ, Vapnik T, Maidment K, et al. Social functioning and quality of life comparisons between obsessive-compulsive and schizophrenic disorders. *Depress Anxiety*. 2001;14(4):214-8.
63. Boschen MJ, Drummond LM. Community treatment of severe, refractory obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther*. 2012;50(3):203-9.
64. Boschen MJ, Drummond LM, Pillay A, Morton K. Predicting outcome of treatment for severe, treatment resistant OCD in inpatient and community settings. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 2010;41(2):90-5.
65. Boschen MJ, Drummond LM, Pillay A. Treatment of severe, treatment-refractory obsessive-compulsive disorder: a study of inpatient and community treatment. *CNS Spectr*. 2008;13(12):1056-65.
66. Drummond LM. The treatment of severe, chronic, resistant obsessive compulsive disorder: an evaluation of an inpatient program using behavioural psychotherapy in combination with other treatments. *Brit J Psychiatry*. 1993;163:223-9.
67. Mindus P, Rasmussen SA, Lindquist C. Neurosurgical treatment for refractory obsessive-compulsive disorder: implications for understanding frontal lobe function. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 1994;6(4):467-77.
68. Blomstedt P, Sjöberg RL, Hansson M, Bodlund O, Hariz MI. Deep brain stimulation in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *World Neurosurg*. 2012 Oct 5.

► LEITURA COMPLEMENTAR

Baer L, Jenike MA, Ricciardi JN 2nd, Holland AD, Seymour RJ, Minichiello WE, et al. Standardized assessment of personality disorders in obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 1990;47(9):826-30.

P A R T E

5

Tópicos especiais

17

JULIANA BRAGA GOMES
ARISTIDES VOLPATO CORDIOLI

O TOC e a família

OBJETIVOS

- Compreender o impacto do transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) na família.
- Identificar a interferência gerada na família pelos diferentes tipos de sintomas obsessivo-compulsivos (OC).
- Compreender a influência da hostilidade e do criticismo no agravamento dos sintomas OC.
- Conhecer o fenômeno da acomodação familiar (AF); seu impacto na perpetuação dos sintomas OC e no tratamento.
- Orientar quanto à avaliação do grau de AF.
- Entender a importância da participação da família nas diferentes fases da terapia.
- Guiar a família em relação às atitudes que auxiliam e as que interferem no andamento da terapia cognitivo-comportamental (TCC).

O TOC, como regra, compromete não só a vida do paciente como a de toda a sua família, que compartilha diariamente medos, ansiedade e sofrimento. Ao assistirem seu ente querido envolvido em rituais exaustivos e intermináveis, os familiares sofrem junto e, na intenção de ajudá-lo, acabam apoioando a realização desses rituais e atendendo a suas demandas, uma vez que isso proporciona alívio da ansiedade. Muitos referem que não podem aproveitar a vida enquanto seu familiar está sofrendo e com a vida pessoal e/ou profissional comprometida.¹ Pode-se afirmar que, na maioria das vezes, especialmente quando os sintomas do TOC são graves e incapacitantes, toda a família “adoece”.

Os sintomas OC interferem nas rotinas diárias, na vida social e no lazer da família, que muitas vezes ficam completamente comprometidos. A lentidão, a perda de tempo, bem como, em alguns casos, a dependência para a realização das atividades mais simples, como fazer uma refeição, tomar banho, escovar os dentes ou trocar de roupa, e, sobretudo, a imposição de regras, provocam conflitos quase permanentes, discussões irritadas, raiva e ressentimentos, comprometendo a harmonia e o ambiente da família.

As reações dos familiares aos sintomas OC variam entre dois extremos: ou se opõem de forma intransigente às exigências do paciente, ou se acomodam aos seus sintomas. No primeiro caso, um ou mais membros se recusam a se envolver nos rituais, tendendo a ser rígidos, distantes, hostis, críticos e punitivos, a não desculpar o paciente pela doença e a creditar que, se quisesse, poderia controlar os sintomas. Esse estilo leva a aumento dos sintomas OC, da ansiedade e da depressão e induz os pacientes a realizarem seus rituais de forma escondida, além de estar associado a piores resultados no tratamento.²⁻⁵ No outro extremo, estão os familiares que tendem a se acomodar aos sintomas, o que ocorre entre 88,2 e 98,2% das situações.⁶⁻¹⁰ Esses familiares são excessivamente envolvidos, permissivos e intrusivos em relação ao paciente, tendem a estar junto e acabam participando dos rituais, apoia-ndo sua realização ou se submetendo às regras rígidas que o paciente estabelece, mesmo que contrariados.

Tem aumentado o número de pesquisas sobre o fenômeno da acomodação familiar. Em uma revisão recente, Lebowitz e colaboradores¹¹ enfatizaram que a AF está associada a resultados menos satisfatórios no tratamento. É possível que intervenções que visem à redução da AF influenciem significativamente os resultados da TCC e, por consequência, a diminuição dos sintomas OC.³

Algumas famílias podem se tornar “divididas”, com um familiar engajado na acomodação enquanto outro se opõe, criticando o paciente e o familiar que o apoia ou participa dos rituais. Outras famílias podem oscilar entre esses dois tipos de resposta.¹²

Por todos esses motivos, têm sido propostas estratégias para a abordagem da família, para reduzir a hostilidade, o critionmo e a acomodação familiar, dando lugar gradualmente a atitudes que auxiliem o paciente a se expor e se abster de executar os rituais. À medida

que compreendem a importância desses objetivos, os terapeutas têm cada vez mais procurado envolver os familiares na TCC do TOC.

Neste capítulo, serão descritos o impacto do TOC na vida da família e a influência das reações dos familiares no agravamento dos sintomas e no curso da terapia. Também serão descritas intervenções destinadas à família para melhorar os resultados do tratamento e o ambiente familiar. Por último, será apresentada uma lista de atitudes que, de acordo com o modelo cognitivo-comportamental, podem favorecer ou prejudicar o progresso do paciente.

► INTERFERÊNCIA DOS SINTOMAS OC NO FUNCIONAMENTO FAMILIAR

O início dos sintomas OC, na maioria das vezes, é insidioso e nem sempre é percebido pelos familiares.¹³ Com o passar do tempo, entretanto, podem se tornar graves e até incapacitantes e interferir severamente no funcionamento da família. A maioria dos sintomas OC interfere de alguma forma, com exceção, talvez, dos pensamentos indesejáveis de conteúdo violento/agressivo. Esses pensamentos raramente são expressos pelos pacientes, talvez devido a culpa ou vergonha, e podem passar despercebidos, incompreendidos ou desconhecidos pelos familiares.¹⁰

O TOC é caracterizado por uma diversidade de manifestações clínicas (ou dimensões), eventualmente com uma delas sendo a dimensão predominante. O impacto sobre a família tem muito a ver com o tipo de manifestação ou de sintomas que o paciente apresenta.

MEDOS DE CONTAMINAÇÃO, COMPULSÕES POR LIMPEZA E LAVAGENS

Os pacientes com obsessões por contaminação e rituais de lavagem costumam impor suas re-

gras aos demais familiares como forma de não “espalhar” a contaminação pelo contato. Uma das maiores preocupações desses pacientes é isolar os espaços “limpos”, que não podem se misturar com os “contaminados” ou “sujos”. Essas regras interferem extraordinariamente no funcionamento da família. Em geral, todos os demais membros são obrigados a submeter-se a elas: deixar os sapatos do lado de fora da porta de entrada; lavar as mãos e trocar de roupas de imediato ao chegar em casa; lavar novamente todas as louças e talheres antes de colocar a mesa. Não raro, é exigido um banheiro, além de toalhas e sabonetes exclusivos, que não podem ser “contaminados” pelos demais. Pesquisas têm confirmado a associação entre esses sintomas e a acomodação familiar. Um estudo utilizando regressão linear múltipla verificou que escores elevados na dimensão “contaminação/lavagens” e uma história positiva para outros transtornos de ansiedade em outros familiares que não o indivíduo com TOC foram preditores de maiores escores em vários domínios da AF.¹⁴

ORDEM/SIMETRIA/ALINHAMENTO

Os pacientes que têm rituais de ordem/simetria/alinhamento não permitem que outras pessoas tirem os objetos do lugar. Para eles, as coisas têm que estar no “seu lugar” ou arrumadas “como tem que ser”, “no lugar certo”, ou *just right*. Cada coisa no seu lugar, e um lugar para cada coisa. Muitas vezes, não se satisfazem em organizar seus objetos pessoais e são compelidos a organizar objetos e espaços dos demais membros da família. Um paciente provocava frequentes discussões com sua esposa pois não conseguia se adaptar à forma de ela arrumar suas coisas, diferentemente da que ele acreditava ser a certa. Discutia até se ela jogasse a roupa no cesto de roupa suja de qualquer jeito, pois acreditava que deveria fazer como ele, que as dobrava para pôr no cesto.

COMPULSÕES POR ARMAZENAGEM

As compulsões por acumular, ou acumulação compulsiva, especialmente se graves, talvez sejam os sintomas que mais repercutem no funcionamento da família. Espaços da casa, incluindo os corredores, ficam atravancados por objetos sem utilidade, armazenados em grande desordem, dificultando a circulação das pessoas. As peças, muitas vezes, ficam descharacterizadas quanto à finalidade para a qual foram programadas. Os acumuladores compulsivos sentem extremo desconforto ou raiva, como se fosse uma violação de sua privacidade, caso algum dos seus objetos tenha sido modificado de lugar sem seu consentimento. Mesmo com todo o caos e desordem, aparelhos estragados, jornais velhos, embalagens vazias, pedaços de brinquedos ou partes de objetos são guardados como se fossem tesouros. Muitas vezes, ocupam espaços preciosos e não podem ser descartados. Uma paciente relatava dificuldade em se desfazer até das unhas e dos cabelos que cortava. Outros relatavam ter peças da casa, como a sala de televisão, sem possibilidades de utilização devido ao acúmulo compulsivo de objetos, o que ocasionava intermináveis discussões com os familiares. Outra paciente tinha um apartamento fechado que era um grande depósito de suas quinquiarias.

O pó, a sujeira, a falta de ventilação e, não raro, a presença de insetos e ratos torna o ambiente muito deteriorado e propício a doenças como alergias e problemas respiratórios. Em muitos casos, a vida social da família fica totalmente comprometida, pois existem dificuldades para convidar outras pessoas a visitar a casa (e até constrangimento).

Uma pesquisa feita pela internet obteve 665 avaliações de familiares e amigos de acumuladores compulsivos. Ter vivido na infância com um desses indivíduos foi associado a infância menos feliz, bem como a um nível elevado de estresse familiar. Esses resultados sugerem que a acumulação compulsiva tem impac-

to tanto na vida do indivíduo colecionista como na vida daqueles que moram com ele.¹⁵

REPETIR PERGUNTAS E NECESSIDADE DE TER GARANTIAS

Entre os sintomas que mais atormentam os familiares estão as perguntas repetidas e a necessidade de ter garantias de que nada catastrófico aconteceu ou irá acontecer ou de que o paciente não cometeu qualquer falha. “Você não está contaminado com o vírus HIV ou da raiva (se não houve comportamento de risco)”, “Você não atropelou pedestre algum: não precisa voltar para verificar”, “Você não disse coisa alguma errada”, “Você fez a compra certa”, “As janelas estão todas fechadas”, “Suas roupas não vão rasgar”, “Você não esqueceu coisa alguma no banco do carro”, “Sim, a maquiagem está simétrica/perfeita” ou “Você já lavou as mãos” são exemplos de algumas das respostas que o paciente deseja ouvir repetidamente. É inevitável que a repetição das perguntas pelo paciente, muitas vezes segundos depois de ter ouvido a resposta, irrite o familiar, que acaba tendo a paciência esgotada.

Dar garantias (ou reassegurar) é uma ação frequentemente realizada pelos familiares ante os sintomas do paciente, sendo um dos comportamentos de maior prevalência nas pesquisas que avaliam a acomodação familiar. Em um estudo em nosso meio, 65,8% dos familiares entrevistados reasseguravam em algum grau os pacientes.¹⁰

INDECISÕES E LENTIFICAÇÃO

O TOC já foi considerado a doença da dúvida, em razão da indecisão e da demora na realização das tarefas mais corriqueiras, como levantar da cama ao acordar ou amarrar o tênis ao se vestir. Essa lentificação motora está normalmente associada a padrões elevados de perfeccionismo, intolerância à incerteza e sensa-

ções do tipo *just right*, ou *not just right* (não está “exato”, ou não foi feito “certo” ou “direito”), ou incompletude. O resultado é a demora extrema na realização de tarefas domésticas, como se servir à mesa, escovar os dentes, tomar banho e se vestir. Como consequência, ocorrem atrasos para compromissos sociais, que acabam sendo motivo para discussões irritadas e muitas vezes para o cancelamento desses compromissos.

► IMPACTO ECONÔMICO E FINANCEIRO

Em indivíduos com sintomas OC leves ou moderados, quando de certa forma há controle sobre os sintomas, não se percebe prejuízo significativo no desempenho profissional ou acadêmico. Entretanto, quando os sintomas são graves, ocorrem dificuldades em se manter no emprego em razão dos atrasos e da baixa produtividade. Não raro, os sintomas acabam incapacitando o indivíduo para o trabalho e ocasionando demissões. A existência de um membro com TOC, especialmente quando grave ou muito grave, acarreta ônus econômico/financeiro para a família, que tem que arcar não só com as despesas básicas mas com os elevados custos dos tratamentos medicamentosos, psicoterápicos e, não raro, com hospitalizações. O TOC, quando incapacitante, impede o indivíduo de conseguir um emprego, seguir uma carreira e de ter sua independência econômica, tornando-o dependente financeiramente da família.

Em um estudo no qual foram entrevistados familiares de indivíduos com TOC, observou-se que muitos pacientes adultos estavam desempregados e moravam com a família. Inúmeros familiares esboçavam preocupação acerca do futuro do paciente depois que eles se fossem. Provavelmente, o desemprego era o fator responsável pelas dificuldades financeiras, listado por 66% dos entrevistados.¹

➤ REAÇÕES EMOCIONAIS E COMPORTAMENTAIS DA FAMÍLIA: HOSTILIDADE, CRITICISMO E ACOMODAÇÃO FAMILIAR

Duas formas de os familiares reagirem aos sintomas do paciente têm chamado a atenção dos pesquisadores: a hostilidade/criticismo e a acomodação familiar. Evidências apontam que ambas estão associadas a níveis mais graves dos sintomas. Acredita-se, ainda, que contribuem para seu agravamento e sua manutenção, interferindo, assim, no andamento da TCC.

HOSTILIDADE E CRITICISMO

A prática clínica tem mostrado que um ambiente familiar com frequentes conflitos pode agravar os sintomas do TOC e influenciar na adesão do paciente ao tratamento. Ao expressarem críticas excessivas e descrédito em possíveis mudanças, os familiares desestimulam o paciente a resistir aos rituais e a prosseguir no tratamento, pois ele se sente desamparado e fracassando na luta contra o transtorno, especialmente se essas críticas ocorrerem depois de recaídas. Uma paciente apagava e acendia várias vezes as lâmpadas, aparelhos de televisão e demais eletrodomésticos após as discussões que com muita frequência tinha com sua mãe. Quando viajava para outra cidade, os sintomas desapareciam. Não é raro o abandono do tratamento após uma discussão ou briga mais acalorada em casa.

Além da gravidade dos sintomas, as convicções e as crenças dos familiares a respeito dos sintomas do paciente colaboraram para o aumento do nível de estresse familiar. Um estudo comprovou que familiares que creditavam ao paciente ser capaz de controlar seus sintomas tinham tendência a ser mais hostis e críticos do que aqueles que consideravam o TOC uma doença.¹⁶ Já outro estudo observou

que os pacientes que perceberam seus familiares mais críticos ou hostis apresentaram mais dificuldade em se envolver nas tarefas de exposição e prevenção de resposta.⁴ Críticas hostis aumentam o estresse e os sintomas e diminuem a motivação para combater os sintomas OC,¹⁷ além de estarem associadas a maiores índices de abandono, com piores resultados no tratamento. No entanto, comentários críticos não hostis predisseram melhor resultado no tratamento, segundo o estudo de Chambless e Steketee.²

ACOMODAÇÃO FAMILIAR

A maioria dos familiares de pacientes com TOC auxilia ou participa de alguma forma dos rituais dos pacientes. Esse comportamento é chamado de “acomodação familiar”.^{1,6,18} Algumas famílias se acomodam aos sintomas do transtorno de tal maneira que seus estilos de vida giram em torno das solicitações dos pacientes.¹⁷

COMO ACONTECE O PROCESSO DE ACOMODAÇÃO FAMILIAR?

Quando os pacientes são acometidos por uma dúvida como, “Será que fechei a porta?” ou “Será que atropelei alguém?”, a grande maioria acaba dividindo essas dúvidas com algum familiar e necessita ouvir deles afirmações de que a porta está bem fechada ou de que não atropelou pessoa alguma no trânsito, pois esses pacientes, em geral, não têm confiança em sua própria memória. O envolvimento dos familiares com os sintomas dos pacientes gera profunda interferência no dia a dia da família, nas suas rotinas, na vida social e no lazer, o que, por sua vez, produz sentimentos de frustração, raiva, culpa, depressão e desesperança, pois, quando terminam de se envolver em um ritual, já surge outro, e percebem que todo esse envolvimento não tem fim.

É comum, por exemplo, serem obrigados a participar do banho. Uma paciente exigia a participação da mãe no banho, que durava de 2 a 4 horas, e às vezes até mais, para garantir que estivesse “direito”, em especial nas costas. Caso a mãe não estivesse presente, não conseguia encerrar o banho ou simplesmente se recusava a tomá-lo.

Também é muito comum que os familiares se submetam a regras rígidas e inflexíveis envolvendo, por exemplo, a limpeza da casa, a colocação das roupas no varal, a arrumação das cadeiras ao redor da mesa, dos objetos na estante ou no armário do banheiro, mesmo que contrariados. Essas regras impedem o funcionamento normal da casa, como a faxina, a ventilação dos quartos, o uso da sala e dos banheiros. São exigências muitas vezes absurdas, às quais a família se submete como forma de evitar conflitos mais sérios e até separações.

Um estudo comprovou que separações e divórcios são muito comuns quando um dos cônjuges tem TOC.¹ Algo que chama atenção é que a maioria dos familiares não acredita que essas acomodações contribuam para a melhora do paciente.⁷

QUAL A PREVALÊNCIA DE ACOMODAÇÃO FAMILIAR?

De modo geral, tem sido encontrada alta prevalência de AF no TOC. Os resultados variam de 88,2%,⁶ 89%,⁷ 90%,⁸ 96,9%⁹ a 98,2%.¹⁰ Nesse último estudo, encontrou-se uma taxa de prevalência de 98,2%, referente aos familiares que relataram acomodação ao menos uma vez na semana, sendo os comportamentos de acomodação mais frequentes “tolerar comportamentos estranhos ou condições incomuns” (86%), “reassegurar” (65,8%) e “modificar a rotina da família” (63,2%). Quando se avaliou a porcentagem desses familiares que relataram realizar as acomodações diariamente, esse número seguiu alto, sendo de 69,3%. Os comportamentos de acomodação diária mais prevalentes foram: “reassegurar” (33,3%), “participar das compulsões” (27,2%) e “facilitar as compulsões” (30,7%).¹⁰

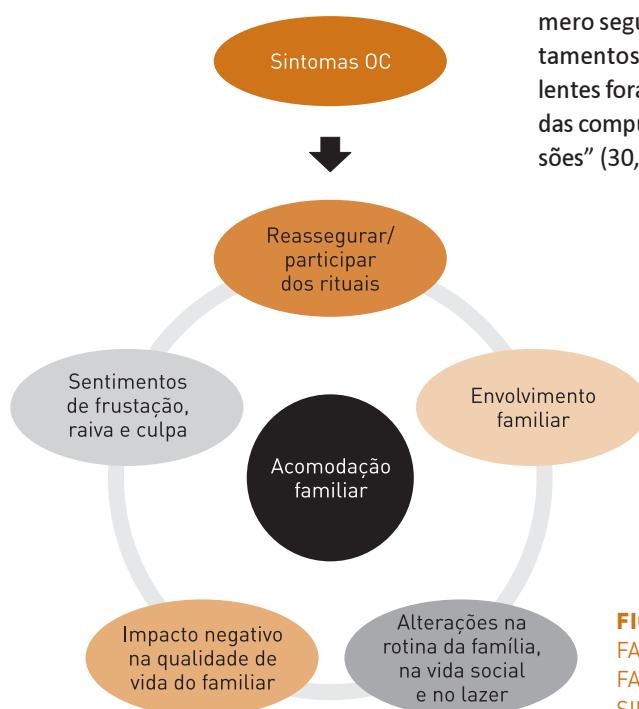


FIGURA 17.1 > A ACOMODAÇÃO FAMILIAR INTERFERE NA VIDA DA FAMÍLIA E ESTÁ ASSOCIADA AOS SINTOMAS OC.

POR QUE OS FAMILIARES SE ACOMODAM AOS SINTOMAS OC?

Pesquisas têm procurado identificar os motivos pelos quais os familiares se acomodam aos rituais do paciente. Entre as principais razões apontadas estão diminuir a raiva ou o sofrimento do paciente (57 e 72% respectivamente) e diminuir o tempo gasto em rituais compulsivos (76%).⁷

FATORES ASSOCIADOS A ACOMODAÇÃO FAMILIAR

Pesquisas têm mostrado de forma consistente a associação entre gravidade dos sintomas OC e acomodação familiar.^{5,7,14,19} Uma pesquisa mais recente realizada em nosso meio, com uma amostra de 114 pacientes com TOC e 114 familiares, verificou, da mesma forma, uma associação positiva entre AF e gravidade dos sintomas OC.¹⁰ Uma justificativa possível para tal acomodação poderia estar relacionada à dificuldade dos familiares de suportar o nível de aflição e sofrimento apresentado pelos pacientes com TOC ante a dificuldade de lidar com os sintomas. Algumas pesquisas avaliaram se o tipo de sintomas OC poderia ter relação com o grau de AF, verificando uma associação significativa entre a dimensão de limpeza com maior AF.^{9,14}

A presença de sintomas OC em familiares também está associada à AF. Calvocoressi e colaboradores⁷ sugeriram como uma possível explicação para essa associação o fato de que os familiares que exibem seus próprios sintomas OC têm maior probabilidade de se acomodar aos sintomas do paciente como uma consequência natural dos seus próprios medos e da ansiedade e de sua identificação com o paciente. Quando os entrevistados eram cônjuges dos pacientes, a AF era mais elevada.¹⁰ Talvez cônjuges se acomodem mais como forma de evitar brigas que poderiam levar a separações, frequentes em casais de pacientes com TOC.¹

POR QUE A ACOMODAÇÃO FAMILIAR É PREJUDICIAL AO PACIENTE E AO ANDAMENTO DA TERAPIA?

À luz do modelo cognitivo-comportamental do TOC, acredita-se que a acomodação familiar seja prejudicial tanto ao paciente quanto ao andamento da TCC, pois está na contramão das orientações da terapia ao reforçar os comportamentos compulsivos e ajudar o paciente a evitar a ansiedade. De acordo com esse modelo, a AF exerce um papel semelhante ao dos rituais e das manobras de neutralização: o de reforçar os sintomas OC pelo alívio que proporciona, contribuindo, dessa forma, para sua perpetuação e, consequentemente, atrasando a resposta terapêutica.¹⁶ Se essa premissa for verdadeira, reduzir a acomodação familiar poderia contribuir para uma maior efetividade da TCC e, por conseguinte, para a eliminação mais rápida dos sintomas.

Uma revisão atual sobre AF no TOC constatou que há cada vez mais evidências que apontam a influência da acomodação familiar no curso do transtorno (na manutenção dos sintomas). Em razão dessas constatações, principalmente no caso de crianças, há uma ênfase crescente no treinamento de pais com o objetivo de reduzir a acomodação familiar.¹¹ Nessa mesma linha, um estudo verificou que a redução dos níveis de acomodação foi um preditor dos resultados da terapia em crianças.²⁰ O que não está ainda claramente comprovado é se a AF melhora em consequência da melhora dos sintomas OC; se, de fato, a redução da AF contribui para a redução dos sintomas e para uma maior efetividade da TCC; ou se são fenômenos paralelos, associados, e um influencia o outro. Tentando esclarecer essa questão, pesquisas têm verificado que a AF antes do tratamento está associada a resultados mais pobres tanto em adultos como em crianças e adolescentes com TOC.^{2,21,22} Devido a essa constatação, reduzir a AF pode ser um importante objetivo clínico em si.

COMO SE AVALIA O GRAU DE ACOMODAÇÃO FAMILIAR?

Em algum momento, ainda no início da terapia, é interessante avaliar o grau de AF, pois, como mencionado, na grande maioria das vezes, o TOC acaba afetando toda a família.

Para avaliá-lo, Calvocoressi e colaboradores⁷ criaram a Escala de Acomodação Familiar (FAS-IR),* traduzida e adaptada para o português por Gomes e colaboradores²³ em 2010. Esse instrumento, utilizado para avaliar a frequência da participação dos familiares nos sintomas dos pacientes, é uma entrevista semiestruturada que consiste em dois momentos: primeiro, o entrevistador avalia os tipos de sintomas que o paciente apresenta na percepção do familiar, para depois avaliar o grau de AF, por meio de 12 questões, sendo elas: o quanto, na última semana, os familiares se preocuparam em tranquilizar o paciente; assistiram à realização dos rituais; esperaram por ele em função de demoras provocadas pelos sintomas; tiveram que se conter para não dizer coisas que poderiam magoá-lo ou deixá-lo aflito; realizaram ou o ajudaram a realizar rituais a pedido dele; evitaram ou o ajudaram a evitar o contato com objetos, lugares ou pessoas; toleraram comportamentos estranhos ou condições incomuns; ajudaram-no a completar as tarefas diárias e a tomar decisões; assumiram as responsabilidades que seriam dele; o quanto mudaram suas rotinas pessoais; e o quanto mudaram as rotinas familiares.

Esses comportamentos são avaliados em uma escala de 5 pontos que mede a frequência ou a extensão do envolvimento familiar – isto é, 0 (nenhum) a 4 (todos os dias/extremo). Os escores de cada item são somados para forne-

cer um escore de acomodação total variando de 0 a 48. A mensuração do envolvimento familiar irá ajudar o clínico a compreender a extensão dos sintomas do paciente e a verificar o quanto essa família está ou não envolvida com eles, podendo, assim, organizar as intervenções específicas que serão necessárias ao longo da terapia, aumentando as chances de melhores resultados. Recomenda-se uma nova aplicação da FAS-IR ao término do tratamento.

► INTERVENÇÕES PARA REDUZIR A HOSTILIDADE, O CRITICISMO E A ACOMODAÇÃO FAMILIAR

Duas estratégias em particular têm sido propostas e utilizadas para que a família desenvolva atitudes que possam reforçar a TCC, melhorar o ambiente, o estresse familiar e a forma de lidar com os conflitos: a participação dos familiares nas sessões da terapia e a psicoeducação sobre o TOC e a TCC.

PARTICIPAÇÃO DOS FAMILIARES NAS SESSÕES DA TCC

Os familiares dos pacientes tendem a ser receptivos à solicitação para participarem da terapia, sendo gratos por terem oportunidade de aprender mais sobre o TOC e como manejar situações familiares frustrantes.¹⁷

Diferentemente do que ocorre em outras modalidades terapêuticas, na TCC do TOC é comum a participação dos familiares em todas as etapas do tratamento, desde a coleta de informações, ainda na fase de avaliação, até a alta do tratamento e a prevenção de recaídas. Alguns dos objetivos dessa participação são: educar os familiares sobre o TOC, sobre os fatores familiares que contribuem para o agravamento e a perpetuação dos sintomas do paciente e que podem interferir nas tarefas da terapia e, consequentemente, influenciar nos

* Parte da escala FAS-IR é o Formulário 8. A versão completa pode ser solicitada a Juliana Gomes pelo e-mail ju_gomes@terra.com.br.

resultados; e informar a família sobre o tratamento, como funciona, como é na prática, e sobre seus prováveis efeitos colaterais, tais como o aumento da ansiedade, desconfortável mas necessário, com os exercícios de EPR.²⁴

O terapeuta deve amparar o familiar e orientá-lo a apoiar o paciente – sem, entretanto, se submeter às suas regras e exigências – a desenvolver atitudes positivas (descritas mais adiante) que o apoiem e motivem principalmente para a realização dos exercícios de EPR.

A participação dos familiares não só é recomendável como imprescindível se o portador for criança ou se os sintomas forem graves e incapacitantes. Ela também é altamente recomendável quando os níveis de acomodação familiar, de hostilidade e critismo forem elevados ou quando os sintomas provocarem muitos conflitos em família, como é habitual em pacientes adolescentes ou que estejam no início da puberdade.

Alguns pesquisadores também têm proposto um modelo de terapia no qual todas as sessões são realizadas em conjunto com os familiares. Van Noppen e colaboradores²⁵ criaram o programa Multifamily Behavioral and Treatment (MFBT), que tinha como objetivos estabelecer uma aliança terapêutica com o paciente e a família; fornecer educação sobre o TOC e a terapia de EPR; desenvolver e implementar estratégias para diminuir a gravidade dos sintomas, alterar os padrões de comunicação da família para diminuir a hostilidade; reduzir a participação da família nos sintomas OC; entre outros. Após a realização do grupos MFBT e TCC-padrão, encontraram um número maior de pacientes com melhora clinicamente significativa no primeiro grupo.²⁶

De qualquer forma, quando não é possível a terapia familiar para o TOC, é interessante realizar uma ou mais sessões conjuntas ao longo do tratamento, ocasião em que os familiares podem dar seu depoimento sobre o andamento dos exercícios, sobre a redução dos sin-

tomas ou sobre impasses e, ao mesmo tempo, obter mais informações. As sessões conjuntas são úteis para esclarecer dúvidas, para discutir formas de cooperação e receber orientações em relação aos comportamentos de acomodação familiar, hostilidade e critismo.

PARTICIPAÇÃO NO INÍCIO DA TERAPIA: AUXÍLIO NA COLETA DE INFORMAÇÕES E NA ELABORAÇÃO DA LISTA DE SINTOMAS

As entrevistas conjuntas são importantes no início da terapia para completar a avaliação do paciente, para a elaborar a lista de sintomas e para o terapeuta fornecer informações sobre o TOC e a TCC (psicoeducação), como foi apontado. Sobretudo quando o paciente é criança ou adolescente, na avaliação inicial, os familiares poderão dar informações importantes sobre os sintomas. Alguns tópicos a abordar são:

- sintomas que percebem no paciente (comportamentos repetitivos, condutas estranhas ou bizarras, medos);
- situações, locais ou horários em que ocorrem os rituais e os medos;
- época da vida (ou idade) em que os sintomas iniciaram e como evoluíram ao longo do tempo;
- se houve ou não alguma situação ou fato estressante associado ao início da doença;
- grau de interferência dos sintomas no desempenho social, acadêmico e/ou profissional do paciente;
- tratamentos realizados e resultados obtidos (especialmente em crianças e adolescentes);
- existência de outras pessoas da família com TOC;
- grau de interferência dos sintomas no funcionamento da família: interferências nas rotinas e nos hábitos da família, conflitos que provocam, participação dos familiares nos rituais e apoio na sua realização;

- grau de informação, concepções e crenças da família sobre o TOC.

QUANDO AS SESSÕES CONJUNTAS SÃO CONTRAINDICADAS

Embora seja muito importante falar sobre os conflitos quando eles acontecem, sobre as atitudes adotadas, sobre a forma como a família se acomodou aos sintomas, a entrevista conjunta pode apresentar riscos se os níveis de hostilidade e criticismo em relação ao paciente estiverem muito elevados. Nessas condições, as sessões conjuntas poderiam servir para o extravasamento de rancores e ressentimentos de forma descontrolada, podendo agravar ainda mais a situação e dificultar a formação de um ambiente colaborativo. Nesses casos, é interessante realizar preliminarmente sessões em separado, com os familiares. É melhor aguardar que as tensões diminuam para realizar as sessões conjuntas, o que em geral ocorre de forma paralela à diminuição dos sintomas. De qualquer maneira, quando se trata de pacientes adultos ou mesmo adolescentes, eles devem antecipadamente ser consultados se concordam ou não com o envolvimento da família, devendo sua decisão ser respeitada.

PSICOEDUCAÇÃO DOS FAMILIARES SOBRE O QUE É O TOC

Assim como acontece com os próprios pacientes, as pessoas em geral – e também os familiares – não sabem o que é o TOC, não conhecem seus sintomas, quais são suas possíveis causas, tampouco sabem que se trata de um transtorno psiquiátrico, e não têm informações sobre os tratamentos disponíveis. É comum, por exemplo, acreditarem que se trata apenas de simples “manias”, responsabilizarem o paciente pelo transtorno, criticá-lo por não resistir aos rituais e por não se esforçar o suficiente para se livrar da doença. Para superar a falta

de informações, vencer alguns desses preconceitos e, sobretudo, obter a colaboração da família, uma das estratégias é convidar a família ou um ou mais familiares próximos ao paciente para participar com o paciente das explanações psicoeducativas realizadas de praxe no início da terapia.

PSICOEDUCAÇÃO DOS FAMILIARES SOBRE A TCC

É interessante que os fundamentos e as características da TCC sejam esclarecidos também para os familiares. Eles devem compreender como é a TCC, como é feita na prática, com destaque para os exercícios de EPR como estratégia principal. É importante destacar o que acontece durante os exercícios da terapia (o aumento inicial da ansiedade em razão dos exercícios, o fenômeno da habituação e o desaparecimento gradual dos sintomas), como forma de aliviar os medos e as apreensões relacionados à prática dos exercícios, e ressaltar a importância da adesão do paciente ao tratamento. Detalhes práticos, como o número e a frequência das sessões e a duração da terapia, devem ser esclarecidos. É a ocasião de combinar a participação dos familiares ao longo do tratamento.

PARTICIPAÇÃO DOS FAMILIARES AO LONGO DA TERAPIA

Durante a realização da TCC, os familiares podem ser aliados importantes do tratamento, com atitudes que favoreçam as tarefas de EPR. Podem ser feitas combinações para que participem de tarefas que o paciente tem dificuldade de realizar sozinho e para a redução gradual dos comportamentos de acomodação familiar. Pode ser combinado, por exemplo, que o familiar não irá mais assistir ao banho ou decidir pelo paciente qual roupa irá vestir. Outra combinação pode ser de como proceder

caso o paciente se atrasse para um compromisso social. Para que essas combinações funcionem, os locais, horários, situações, tarefas, tempos de duração e frequência dos exercícios devem ser claramente definidos. Deve haver um acordo explícito entre o paciente e o familiar em relação a tais parâmetros e sobre o papel de cada um. A qualidade do relacionamento do familiar com o paciente deve ser boa, e o nível de hostilidade, mínimo, controlável ou ausente, para se ter chance de sucesso.

É de bom senso supor que atitudes da família coerentes com as orientações da terapia favoreçam a adesão do paciente e, consequentemente, colaborem com os resultados do tratamento. O contrário também é verdadeiro. Familiares que se opõem ao tratamento ou o sabotam certamente poderão tornar as coisas muito mais difíceis. Partindo desse pressuposto, a experiência clínica consolidou algumas recomendações gerais destinadas aos familiares. Essas regras não são rígidas, inflexíveis ou autoritárias; pelo contrário, devem prevalecer, acima de tudo, o bom senso, a tolerância e o interesse genuíno em ajudar o paciente a vencer o transtorno.

Atitudes que auxiliam o paciente

- 1 Encorajá-lo gentilmente a enfrentar as situações que evita e a se abster de fazer os rituais. Lembrá-lo de que, especialmente no início, isso é muito difícil e pode provocar medo e aumento da aflição.
- 2 Se seus sintomas forem verificações, lembrá-lo de que elas são excessivas. Lembrá-lo, também, das combinações com o terapeuta: verificar as coisas apenas uma vez.
- 3 Alertar o paciente quando estiver executando algum comportamento ritualístico ou quando o medo for excessivo. Lembrá-lo de que a maioria das pessoas se comporta de forma diferente, mencionando exemplos.
- 4 Lembrá-lo de que a aflição passa e, em geral, desaparece rápida e naturalmente.
- 5 Responder às perguntas uma única vez. Ser honesto nas respostas, lembrando-o de que é o TOC e a necessidade de ter certeza que o levam a repetir perguntas. Além disso, lembrá-lo de que é impossível ter certeza absoluta sobre muitas questões. Portanto, torna-se necessário conviver com incertezas e dúvidas.
- 6 Evitar dar garantias de que não cometeu uma falha, de que não aconteceu uma determinada desgraça ou de que certos riscos imaginados pelo paciente não existiram ou não irão existir. Dar garantias e reassessurar são atitudes que perpetuam o TOC.
- 7 Lembrá-lo de que ruminar dúvidas ou culpas (ficar repetindo mentalmente) é inútil, já que não acrescenta novas evidências ou novos fatos que ajudem a chegar a um maior grau de certeza. Apenas produz aflição, cada vez confunde mais os argumentos, as lembranças, e mantém as dúvidas.
- 8 Usar lembretes com humor e sem agredir: “Olha o TOC”, “Você não tem de...”, “Nem o Banco Central é tão seguro!”, etc.
- 9 Procurar manter as combinações feitas com o terapeuta: “Não vou lhe responder de novo porque combinamos isso com seu terapeuta” ou “Vou fechar o registro do seu chuveiro daqui a 5 minutos porque foi isso que nós combinamos com seu terapeuta”. Ser firme, sem ser autoritário.
- 10 Marcar o horário no qual sairão de casa para almoçar, jantar, etc. Se, por acaso, o paciente se atrasar, avisar quanto tempo mais vai esperá-lo. Passado esse tempo, cumprir o combinado.
- 11 Não deixar o TOC arruinar a vida da sua família: manter seus compromissos profissionais, horas de lazer e vida social.
- 12 Participar de grupos de apoio: familiares de outros pacientes poderão dar dicas valiosas sobre como lidar com os sintomas

- e com as diferentes situações que ocorrem a todo o momento.
- 13 Dispor-se a apoiar o paciente na realização dos exercícios. Permanecer ao seu lado, especialmente durante as atividades que produzem muito medo/desconforto, mas não fazer o exercício por ele, como tocar em algo que ele necessita tocar, mas evita.
 - 14 Pedir que ele avise quando estiver na iminência de fazer um ritual ao qual acredita não poder resistir. De forma gentil, estimulá-lo a resistir, sem pressioná-lo, permanecendo ao seu lado até o impulso diminuir, procurando distraí-lo.
 - 15 Auxiliá-lo a completar a lista de sintomas apontando aqueles que o paciente, talvez, não tenha percebido e a preencher o mapa do TOC (registro com as situações em que os sintomas aparecem), quando solicitado pelo terapeuta.
 - 16 Ficar atento a sinais de recaída e descobrir uma forma gentil e delicada de sinalizar isso ao paciente.
 - 17 Lembrá-lo das combinações feitas com o terapeuta e ajudá-lo a mantê-las. A uma solicitação para romper uma regra, perguntar: "O que foi que você combinou (ou combinamos) com seu terapeuta?".
 - 18 Ter uma atitude geral de aceitação do paciente, sem, entretanto, se submeter às suas regras.
 - 3 Pressioná-lo a todo momento para que não se atrasse. A pressão só tornará a situação ainda pior. Sob pressão, a ansiedade aumenta, e as dificuldades são ainda maiores para planejar a sequência das tarefas ou para concluir o que está realizando, tornando tudo ainda mais lento.
 - 4 Discutir acaloradamente com o paciente ou perder a paciência.
 - 5 Guardar rancor ou ressentimento: é preciso lembrar-se de que as obsessões são pensamentos invasivos involuntários e de que os medos são irracionais. Muitas vezes, eles estão em um nível tal que o paciente se sente incapaz de enfrentá-los.
 - 6 Ridicularizá-lo, ser hostil ou excessivamente crítico. A maioria dos pacientes tem vergonha de seus rituais e baixa autoestima. É cruel humilhá-los por problemas que ultrapassam sua capacidade de controle. O critismo excessivo só piora as coisas.
 - 7 Oferecer garantias para dúvidas ou obsessões de conteúdo aflitivo. Não responder às mesmas perguntas mais de uma vez. É melhor comentar que a pergunta já foi respondida e que repetir a resposta "já é TOC".
 - 8 Como regra, jamais se deve impedir o paciente de realizar um ritual utilizando meios físicos, a não ser que este represente risco à vida ou que tenha havido acordo prévio para que isso fosse feito.

Atitudes que devem ser evitadas

- 1 Estimular os rituais (mandar lavar as mãos) ou os comportamentos evitativos, para que a aflição diminua.
- 2 Ser impaciente. Deve-se controlar a aflição, manter a calma. Caso o paciente se recuse a fazer as exposições que foram combinadas ou a se abster de executar rituais em alguma situação, não criticá-lo.

PARTICIPAÇÃO DOS FAMILIARES APÓS A ALTA E NA PREVENÇÃO DE RECAÍDAS

Após a alta, é importante os familiares estarem atentos para o quanto o paciente está conseguindo abster-se de realizar os rituais, está enfrentando seus medos e deixando de evitar objetos, locais ou pessoas que eram evitados.

Quando ocorrerem eventuais lapsos ou recaídas mais consistentes, se for o caso, sugerir que procure novamente o terapeuta.

É muito comum que sejam marcadas algumas sessões de reforço ou de revisão e que os medicamentos sejam mantidos durante um

longo período, principalmente se o paciente teve sintomas graves, depressão ou ansiedade associados, se teve no passado várias recaídas e/ou se a remissão dos sintomas não foi completa, tentando, assim, diminuir o risco de novas recaídas.

- O TOC, na maioria das vezes, tem forte impacto sobre a família, pois interfere significativamente nas rotinas, na vida social e no lazer, atividades que muitas vezes ficam completamente comprometidas, além de provocar impacto econômico ou financeiro.
 - Um ambiente familiar com frequentes conflitos pode agravar os sintomas do TOC e influenciar na adesão do paciente ao tratamento.
 - A maioria dos familiares de pacientes com TOC auxilia ou participa dos rituais dos pacientes. Esse comportamento é chamado de “acomodação familiar”.
 - Acredita-se que a AF seja prejudicial ao paciente, pois reforça os sintomas do TOC em razão de aliviar a ansiedade, desempenhando uma função semelhante à dos rituais e das evitações.
 - O grau de AF pode ser avaliado pela Escala de Acomodação Familiar, que pode ser aplicada no início e no fim do tratamento como complemento da avaliação do paciente.
 - A psicoeducação dos familiares sobre o TOC e a TCC e a participação deles no tratamento contribuem para reduzir os níveis de AF, os níveis de hostilidade e critismo e para diminuir os preconceitos e mal-entendidos em relação ao transtorno. Atitudes mais coerentes e alinhadas com as orientações da terapia certamente contribuem para melhores resultados.
 - Os familiares podem ser de grande ajuda na fase de avaliação do paciente, na elaboração da lista dos sintomas, na realização das tarefas de exposição e prevenção de resposta e na prevenção de recaídas.

➤ REFERÊNCIAS

1. Cooper M. Obsessive-compulsive disorder: effects on family members. *Am J Orthopsychiatry*. 1996;66:296-304.
2. Chambless DL, Steketee G. Expressed emotion and behavior therapy outcome: a prospective study with obsessive-compulsive and agoraphobic outpatients. *J Consul Clin Psychology*. 1999;67(5):658-65.
3. Renshaw KD, Steketee G, Chambless DL. Involving family members in the treatment of OCD. *Cogn Behav Ther*. 2005;34:164-75.
4. Steketee G, Lam J, Chambless D, Rodebaugh T, McCullouch C. Effects of perceived criticism on anxiety and depression during behavioral treatment of anxiety disorders. *Behav Res Ther*. 2007;45(1):11-9.
5. Van Noppen B, Steketee G. Testing a conceptual model of patient and family predictors of obsessive compulsive disorder (OCD) symptoms. *Behav Res Ther*. 2009;47:18-25.
6. Calvocoressi L, Lewis B, Harris M, Trufan SJ, Goodman WK, McDougle CJ. Family accommodation in obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry*. 1995;152:441-43.
7. Calvocoressi L, Mazure CM, Kasl SV, Skolnick J, Fisk D, Vesgo SJ, et al. Reliability and validity of the family accommodation scale for obsessive-compulsive disorder. *J Nerv Ment Disord*. 1999;187:636-42.
8. Ramos-Cerqueira AT, Rodrigues Torres A, Torresan RC, Maranhão Negreiros AP, Nakano Vitorino C. Emotional burden in caregivers of patients with obsessive-compulsive disorder. *Depress Anxiety*. 2008;25:1020-27.
9. Stewart SE, Beresin C, Haddad S, Egan Stack D, Fama J, Jenike M. Predictors of family accommodation in obsessive-compulsive disorder. *Annals Clin Psychiatry*, 2008; 20(2):65-70.
10. Gomes JB. Fatores associados à acomodação familiar em pacientes com transtorno obsessivo-compulsivo [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2011.
11. Lebowitz ER, Panza KE, Su J, Bloch MH. Family accommodation in obsessive-compulsive disorder. *Expert Rev Neurother*. 2012;12:229-38.
12. Amir N, Freshman M, Foa EB. Family distress and involvement in relatives of obsessive-compulsive disorder patients. *J Anxiety Disord*. 2000;14:209-17.
13. Stengler-Wenzke K, Trosbach J, Dietrich S, Angermeyer MC. Subjective burden and coping strategies of relatives of patients with OCD. *J Adv Nur*. 2004;48:35-42.
14. Albert U, Bogetto F, Maina F, Saracco P, Brunatto C, Mataix-Cols D. Family accommodation in obsessive-compulsive disorder: Relation to symptom dimensions, clinical and family characteristics. *Psychiatry Res*. 2010;179:204-11.
15. Tolin D, Frost R, Steketee G, Fitch K. Family burden of compulsive hoarding: Results of an internet survey. *Behav Res Ther*. 2008;46(3):334-344.
16. Renshaw K, Chambless D, Steketee G. The relationship of relatives' attributions to their expressed emotion and to patient's improvement in treatment for anxiety disorders. *Behav Ther*. 2006;37:159-69.
17. Steketee G, Van Noppen B, Lam J, Shapiro L. Expressed emotion in families and the treatment of obsessive compulsive disorder. In Session: Psychotherapy in Practice. 1998;4(3):73-91.
18. Rachman S, Hodgson R. Obsessions and compulsions. Englewood Cliffs: Prentice Hall; 1980.
19. Ferrão YA, Florão MS. Acomodação familiar e critismo percebido em pacientes com transtorno obsessivo-compulsivo. *J Bras Psiquiatria*. 2010;59(1):34-43.
20. Merlo LJ, Lehmkohl HD, Geffken GR, Storch EA. Decreased family accommodation associated with improved therapy outcome in pediatric obsessive-compulsive disorder. *J Consult Clin Psychology*. 2009;77:355-60.
21. Ferrão YA, Shavitt RG, Bedin NR, Mathis ME, de Lopes AC, Fontenelle LF, et al. Clinical features associated to refractory obsessive-compulsive disorder. *J Affect Disord*. 2006;94:199-209.
22. Storch EA, Merlo LJ, Larson MJ, Marien WE, Geffken GR, Jacob ML. Clinical features associated with treatment-resistant pediatric obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry*. 2008;49:35-42.
23. Gomes JB, Calvocoressi L, Van Noppen B, Pato M, Meyer E, Braga D, et al. Translation and adaptation into Brazilian Portuguese of the family accommodation scale for obsessive-compulsive disorder: interviewer-rated (FASIR). *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul*. 2010;32:102-12.
24. Steketee G, Van-Noppen B. Family approaches to treatment for obsessive compulsive disorder. *J Family Psychotherapy*. 2003;14:55-71.
25. Van Noppen B, Steketee G, McCorkle BH, Pato M. Group and multifamily behavioral treatment for obsessive compulsive disorder: a pilot study. *J Anxiety Disord*. 1997;11(4):431-46.
26. Van Noppen B, Steketee G. Family responses and multifamily behavioral treatment (MFBT) for obsessive compulsive disorder (OCD). *Brief Treatment and Crisis Intervention*. 2003;3:231-47.

18

DANIELA TUSI BRAGA
ARISTIDES VOLPATO CORDIOLI

Terapia cognitivo-comportamental em grupo para pacientes com TOC

OBJETIVOS

- Conhecer o histórico e os fundamentos da terapia cognitivo-comportamental em grupo (TCCG) no transtorno obsessivo-compulsivo (TOC).
- Identificar as evidências de eficácia/efetividade no curto e longo prazos.
- Saber avaliar o paciente para TCCG e conhecer suas indicações e contraindicações.
- Conhecer o protocolo de 12 sessões de TCCG para portadores do TOC.
- Saber estruturar e conduzir as sessões de TCCG para o TOC.
- Conhecer as semelhanças e diferenças entre a terapia cognitivo-comportamental (TCC) individual e a TCCG no tratamento dos sintomas do TOC.
- Avaliar as vantagens e desvantagens do atendimento em grupo para o TOC.

A terapia cognitivo-comportamental é uma modalidade de psicoterapia com eficácia comprovada para diferentes transtornos psiquiátricos, destacando-se os transtornos do humor – particularmente a depressão, os transtornos de ansiedade, a dependência química focando na prevenção de recaídas. Evidências menos consistentes têm sido encontradas nos transtornos da alimentação, transtornos da personalidade, no transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH), no transtorno bipolar (TB) e nos transtornos psicóticos.

Um dos pressupostos básicos da TCC refere-se a avaliações e interpretações erradas das situações que as pessoas enfrentam no seu dia a dia que influenciam tanto a origem quanto a manutenção dos sintomas. No TOC, as avaliações e interpretações erradas costumam ser de conteúdo catastrófico ou estar relacionadas à possibilidade de ocorrerem desgraças ou fai-lhas e à responsabilidade em impedir os desfechos temidos. São acompanhadas de sentimentos desagradáveis, como angústia, medo e culpa, dos quais a pessoa sente necessidade de se livrar e que impelem a praticar atos destinados a eliminar ou afastar o perigo ou ameaça e diminuir o desconforto. Tais comportamentos, na medida em que impedem o indiví-

duo de se expor às situações consideradas de risco, contribuem para que ele mantenha suas crenças e seus medos, perpetuando o transtorno. Corrigir tais erros de avaliação e de interpretação, bem como eliminar os comportamentos que perpetuam o TOC, são os objetivos da TCC no TOC. Tanto a terapia de exposição e prevenção de resposta (EPR) como a TCC são eficazes na redução dos sintomas obsessivo-compulsivos (OC) e têm sido consideradas o tratamento de escolha para o TOC. Essas terapias são tradicionalmente oferecidas na forma individual. No entanto, a disponibilidade desse tratamento para comunidade ainda é rara, e a maioria dos pacientes com TOC que buscam ajuda em clínicas de atendimento psiquiátrico e/ou psicológico não tem acesso a terapeutas cognitivo-comportamentais bem treinados.¹ Uma das alternativas possíveis para amenizar esse problema tem sido oferecer terapia cognitivo-comportamental em grupo, que apresenta relação custo/benefício favorável, exige número menor de profissionais para tratar mais pacientes e facilita o treinamento de terapeutas de forma mais sistemática do que o formato individual. Por esses motivos, a TCCG é uma modalidade de tratamento interessante para ser usada em instituições. Vem sendo utilizada há mais de 10 anos com sucesso no Brasil, com algumas centenas de pacientes tratados.

Em razão da alta demanda por atendimento na área da saúde mental, diversos autores desenvolveram protocolos para a realização da TCCG, com as vantagens de poder se valer dos fatores terapêuticos grupais e poder oferecer ajuda a muito mais pessoas. Existem evidências da eficácia da TCCG para depressão,^{2,3} distimia,⁴ TB,⁵ transtorno de pânico,⁶ TOC,⁷ transtorno de ansiedade generalizada⁸ e fobia social.⁹

As pesquisas também comprovaram que os resultados da TCCG são similares aos da TCC

individual,¹⁰⁻¹¹ ou levemente superiores, quando comparados ao uso de antidepressivos.¹² Estudos de seguimento mostram que os resultados se mantêm até 2 anos após o término do tratamento.¹³⁻¹⁵

No tratamento do TOC, a eficácia da TCCG foi comprovada no curto prazo em diferentes estudos^{7,12,16} e em pelo menos uma metanálise.¹⁷ Também foi comprovada no longo prazo em até 2 anos¹⁸ ou por períodos ainda maiores.¹⁹

O objetivo principal deste capítulo é apresentar ao leitor a TCCG no tratamento dos sintomas do TOC. Serão abordados um breve histórico dessa modalidade de tratamento, suas bases teóricas, bem como as evidências de eficácia. Ainda, serão apresentados um breve sumário de um protocolo de TCCG e detalhes práticos das sessões: sua estruturação, regras e cuidados a serem seguidos na sua condução prática. Serão discutidas suas vantagens e indicações, bem como as contraindicações e dificuldades mais comuns encontradas na prática com essa modalidade de tratamento.

► TERAPIAS DE GRUPO E TCCG PARA O TOC

A seguir, a TCCG é situada no contexto das terapias de grupo em geral.

TERAPIAS DE GRUPO

A terapia em grupo, sob diferentes enfoques ou bases teóricas, tem sido amplamente utilizada com sucesso na abordagem de muitos problemas médicos e transtornos mentais. O primeiro uso de que se tem notícia de grupos psicoterapênicos deve-se a J. Pratt, um tisiologista norte-americano que, em 1905, utilizou com sucesso essa modalidade de tratamento na recuperação de pacientes com tuberculose,

e que era essencialmente psicoeducativa. Posteriormente, tornaram-se populares os grupos de autoajuda denominados “Anônimos” (alcoólicos, neuróticos, fumantes) ou com outras designações (Vigilantes do Peso), para auxiliar as pessoas a lidarem com o tratamento de inúmeros problemas médicos (obesos, colostomizados, mastectomizadas, com dor crônica, deficientes físicos de várias naturezas), muitos deles se mantendo até hoje. Além dos grupos de autoajuda, a terapia em grupo tornou-se bastante disseminada no pós-guerra sob diferentes embasamentos teóricos: sob o enfoque psicodinâmico ou psicanalítico nos anos de 1950 e 60 para tratamento de problemas pessoais, ou, na época, denominados “neuróticos”, sob o enfoque sistêmico para o tratamento de problemas familiares, sob o enfoque psicodramático para a abordagem de problemas pessoais.²⁰

As terapias de grupo utilizam os chamados “fatores grupais”, resultantes do contexto grupal e da interação das pessoas na situação do grupo, associados a técnicas psicoterápicas específicas com o intuito de influenciar seu modo de pensar, de sentir e de se comportar e conseguir as mudanças terapêuticas necessárias. As psicoterapias psicodinâmicas exploram o fato de, em situações grupais, os indivíduos agirem tanto em razão de fatores racionais ou conscientes quanto em razão de pressupostos básicos inconscientes, que são interpretados. Na situação grupal, reeditam conflitos vividos nas suas relações com os pais e irmãos e adotam papéis (bode expiatório, desagregador, sabotador) típicos da sua psicopatologia. O enfoque sistêmico parte do princípio de que o grupo funciona como um sistema no qual há constante interação, complementação e suplementação de papéis que repetem os desempenhados na família. O enfoque psicodramático se vale de conceitos advindos do teatro, como diretor, cenário, protagonista, público, ego auxi-

liar, cena a ser apresentada, para propiciar um contexto no qual o indivíduo revive, por meio de dramatizações, cenas da sua vida pessoal com o intuito de ressignificá-las. A TCCG vale-se dos fatores grupais para estimular mudanças de comportamento (novas aprendizagens), como o enfrentamento de situações evitadas e a correção de pensamentos e crenças disfuncionais.²⁰

Yalom e Leszcz²¹ propôs as seguintes dimensões como os fatores terapêuticos grupais:

- 1** Instalação de esperança: receber ajuda e vencer os sintomas.
- 2** Universalidade: percepção pelos pacientes de que não estão sós e de que outros pacientes apresentam problemas semelhantes.
- 3** Compartilhamento de informações.
- 4** Altruismo: ativação do impulso inerente ao ser humano de auxiliar seus semelhantes quando necessitam de ajuda ou estão em dificuldades.
- 5** Socialização: pela simples convivência em grupo.
- 6** Aprendizagem social: aprendizagem pela observação de como os demais pacientes enfrentam (e vencem) seus problemas.
- 7** Catarse: alívio obtido com a simples ventilação de emoções.
- 8** Reedição corretiva do grupo familiar primário: o grupo ajuda a reviver situações, papéis, conflitos vividos na família de origem e a corrigi-los.
- 9** Fatores existenciais: os pacientes enfocam perdas, isolamento e frustrações.
- 10** Coesão: com a convivência, desenvolve-se um vínculo afetivo entre os membros, de aceitação e de pertencer ao grupo.
- 11** Experiência emocional corretiva: o grupo proporciona um ambiente seguro para evocar emoções patológicas, formando novas memórias e reintegrando-as à experiência consciente.

HISTÓRICO DA TCCG PARA O TOC

O primeiro estudo aberto encontrado na literatura foi o de Hand e Tichatzky.²² Eles trataram 17 pacientes com TOC em grupo, com duas sessões semanais. Nelas, realizavam exercícios de exposição *in vivo*, prescreviam tarefas para casa, estimulavam a interação social e a habilidade de resolver problemas. Além das sessões em grupo, os terapeutas realizavam visitas domiciliares e encontros com os familiares, em um programa que teve duração de 30 semanas, envolvendo de 122 a 147 horas por parte dos profissionais. Foi observada redução na intensidade dos sintomas OC e da ansiedade. Contudo, pelo número de horas envolvidas, a terapia proposta mostrou-se demasiadamente onerosa.

Estudos posteriores, apesar de abertos, foram mais motivadores. Espie²³ tratou, durante 10 semanas, com sessões de 1,5 hora, um grupo de cinco pacientes que haviam feito terapia comportamental individual e recaído. O autor observou considerável redução na intensidade das obsessões e compulsões, que se manteve até 1 ano depois do tratamento. Nesse estudo, o pequeno número de pacientes tratados impediu a generalização dos resultados. Enright²⁴ verificou pequena redução na intensidade dos sintomas do TOC e importante melhora no humor, no medo e nas preocupações características desses pacientes. Krone, Himle e Ness²⁵ encontraram redução significativa nos sintomas OC, independentemente do uso ou não de medicamentos.

Van Noppen e colaboradores²⁶ utilizaram a TCCG com o tempo limitado em 10 sessões, para tratar 90 pacientes com exposição e prevenção de resposta, modelagem participante e reestruturação cognitiva. Foi observada redução significativa nos escores da Escala de Sintomas Obsessivo-compulsivos Yale-Brown (Y-BOCS). Os autores consideraram a TCCG efetiva no que se refere à relação custo/benefício, estimando que os terapeutas despendem

um quinto do tempo que gastariam para tratar o mesmo número de pacientes com a terapia comportamental individual.

Vários estudos posteriores mostraram resultados muito favoráveis com tamanho de efeito variando entre 0,79 e 1,87. Além disso, um estudo de revisão sistemática (metanálise) concluiu que a TCCG é uma forma eficaz de tratamento para o TOC em relação a grupos-controle (lista de espera).¹⁷

► TCCG DO TOC E EVIDÊNCIAS DE EFICÁCIA

A TCCG para o tratamento do TOC utiliza as mesmas técnicas usadas na terapia individual: a exposição (E), de forma gradual, às situações, aos objetos e aos lugares evitados, e a prevenção de resposta ou dos rituais (PR), que é a abstenção da realização de atos destinados a aliviar a ansiedade, como as compulsões, os rituais mentais, as neutralizações. Por esse motivo, essa última técnica é chamada de terapia de exposição e prevenção de resposta ou de rituais. Além da EPR, a TCC se preocupa em identificar os pensamentos errados ou distorcidos (cognições) subjacentes às compulsões, às evitações e aos medos, para depois corrigi-los. A diferença para a terapia individual é que, na TCCG, essas técnicas são ensinadas e praticadas em grupo.

Nos últimos anos, foram desenvolvidos e testados alguns protocolos de TCCG para o tratamento do TOC, cada um com suas particularidades, que podem variar quanto ao tipo de intervenção (TCC ou EPR), aos critérios de inclusão, ao número de sessões, ao tempo de cada sessão e quanto ao número de participantes, conforme descrito no estudo de metanálise de Jónsson e Hougaard.¹⁷

Os protocolos de tratamento em grupo descritos na literatura utilizam técnicas cognitivas puras,²⁷ apenas técnicas comportamen-

tais²⁸ e técnicas comportamentais e cognitivas combinadas.^{7,11} Além destes, foram desenvolvidos grupos destinados aos familiares de indivíduos com TOC.²⁹

O primeiro estudo controlado foi o de Falls-Stewart, Marks e Schafer.¹⁶ Eles compararam terapia comportamental individual *versus* terapia comportamental em grupo e sessões de relaxamento muscular. Tanto o tratamento individual quanto o tratamento em grupo se mostraram eficazes em reduzir os sintomas do TOC, e os ganhos foram mantidos por, no mínimo, 6 meses.¹⁶

Estudos recentes comparando TCC individual *versus* TCCG em grupo mostraram que ambas apresentam a mesma eficácia, porém Anderson e Rees¹¹ observaram que os participantes do tratamento individual apresentaram resposta mais rápida do que os do tratamento em grupo. Jónsson, Hougaard e Bennedsen³⁰ verificaram que a TCCG foi eficaz para o TOC, e os resultados se mantiveram ao longo de 1 ano após o término do tratamento, da mesma forma que o tratamento individual. Além disso, ambos os programas de tratamento foram bem aceitos, não havendo diferenças significativas entre os grupos quanto às taxas de abandono.

Recentemente, Haland e colaboradores³¹ realizaram um estudo na Noruega com o objetivo de verificar se a TCCG de 12 sessões conduzida por terapeutas com formação limitada em TCC do TOC produziria o mesmo efeito encontrado nos centros universitários, com a terapia conduzida por profissionais experientes e especialistas na TCCG do TOC. Os autores concluíram que o tratamento foi efetivo, apresentando tamanho de efeito grande (1,76) e um percentual baixo de abandono. Os ganhos terapêuticos foram mantidos após 3 e 12 meses do término do tratamento.

A Tabela 18.1 apresenta um resumo das características dos estudos controlados e randomizados desenvolvidos, até o momento, na literatura.

PROTÓCOLO DE 12 SESSÕES DE TCCG

Nosso grupo desenvolveu e testou um protocolo de 12 sessões de TCCG em diferentes estudos com os objetivos de: avaliar a eficácia da TCCG,^{7,32} verificar a manutenção dos ganhos a longo prazo,^{15,18,19} comparar a outros métodos de tratamento,^{33,34} identificar preditores de resposta ao tratamento^{15,18,35} e aumentar a disponibilidade da TCC para a comunidade.

Ao longo dos anos, nossa experiência clínica e científica identificou algumas questões importantes de serem consideradas no atendimento em grupo desses pacientes, tais como avaliação diagnóstica, capacidade de *insight* e motivação do paciente para mudança.

ETAPAS PARA FORMAÇÃO DO GRUPO

RECRUTAMENTO E SELEÇÃO

Para funcionar adequadamente, recomenda-se que o grupo tenha entre 5 e 9 participantes. Um número inferior a 5 pessoas pode comprometer a dinâmica das sessões, e um número de 10 ou mais pode dificultar a participação de todos na sessão e acarretar frustrações e desistências.

Uma das dificuldades em consultório é reunir, em uma mesma ocasião, esse número de pacientes, uma vez que depende de grande demanda, o que não tem sido problema em instituições públicas ou mesmo privadas que oferecem atendimento à população. O ideal é que a oferta de TCCG seja feita por intermédio de uma instituição conhecida pela comunidade utilizando anúncios em rádios, televisão ou jornais, nos quais seja informado um telefone por meio do qual os interessados possam fazer contato para uma entrevista de avaliação. Geralmente, o grupo tem uma data preestabelecida para iniciar. Por esse motivo, é comum que o recrutamento inicie com bastante antecedência e que os pacientes aguardem em

TABELA 18.1 > CARACTERÍSTICAS DOS PRINCIPAIS ESTUDOS DE TCCG DO TOC E RESULTADOS

Estudo	Intervenção	Número de sessões	Duração da sessão	Número de participantes	Número de terapeutas	Resultados
Jónsson, Hougaard, Bennedsen ³¹	TCCG vs TCC individual	15	2h	6	2	TCCG equivalente à TCC
Anderson e Rees ¹¹	TCCG vs TCC individual	10	2h	5-7	2	TCCG equivalente à TCC
Sousa e colaboradores ³⁴	TCCG vs sertralina	12	2h	6-8	2	TCCG levemente superior à sertralina
Cordioli e colaboradores ⁷	TCCG vs lista de espera	12	2h	6-8	2	TCCG superior à lista de espera
McLean e colaboradores ²⁷	TCG vs EPR em grupo	12	2h	6-8	2	EPR superior às técnicas cognitivas puras

lista de espera para serem avaliados, até a data estabelecida para o início.

AVALIAÇÃO DO PACIENTE PARA PARTICIPAR DO GRUPO

A avaliação inicial e a seleção do paciente para participar da TCCG são de suma importância, pois algumas características pessoais de cada indivíduo interferem e são preditoras de resultados terapêuticos. Além disso, é interessante que a avaliação seja feita pelos próprios terapeutas, pois permite um contato inicial com cada um dos participantes, o início de uma relação terapêutica, o esclarecimento de dúvidas

e a superação de resistências, que sempre são maiores em uma abordagem grupal.

A primeira questão a ser esclarecida refere-se ao diagnóstico e à queixa principal de cada participante. Geralmente, existem comorbidades, mas o TOC deve ser o problema mais perturbador e prejudicial no momento da inclusão no grupo. A literatura tem indicado, de forma consistente, que o grupo de TCC seja constituído por pacientes que apresentam o mesmo diagnóstico psiquiátrico como problema principal e objetivo do tratamento. Nenhum protocolo empiricamente validado comporta a heterogeneidade diagnóstica, como por exemplo, tratar no mesmo grupo pacientes com diag-

nóstico principal de TOC, fobia social e pânico. Além disso, os sintomas devem ser, pelo menos, de intensidade moderada ou mais grave, baseados no escore mínimo de 16 pontos na Y-BOCS.

Comorbidades como depressão, transtornos de ansiedade e transtornos da personalidade não são fatores de exclusão do tratamento em grupo, porém, a gravidade de cada uma delas e a possibilidade de interferência no funcionamento do grupo devem ser consideradas. Em muitos casos, a terapia individual seria a melhor indicação, principalmente quando os sintomas do transtorno comórbido são graves ou muito graves. Entre as comorbidades que podem interferir ou impedir a participação na TCCG estão:

- Depressão grave, especialmente se tiver risco de suicídio: o paciente gravemente deprimido pode ter mais dificuldade para aderir aos exercícios de casa.
- Fobia social grave que dificulte ou impossibilite a participação do indivíduo no grupo pelo receio de ser avaliado pelos outros ou de passar constrangimento ou vergonha diante dos outros.
- Abuso ou dependência de álcool ou outras substâncias (drogas ilícitas).
- Transtorno bipolar: em vigência de um episódio e com sintomas ativos, não controlados.
- Transtornos graves da personalidade (*borderline* – é desagregador; *histriônica* – polariza as atenções; *esquizotípica* – não integra e tem pensamentos bizarros ou paranoides, não faz vínculo), que prejudicam a participação e o relacionamento no grupo.
- Sintomas psicóticos: interferem na participação em grupo, podem assustar os demais pacientes.
- Déficit cognitivo importante, como retardamento mental ou demência, ou quando os sintomas OC são consequência de algum problema neurológico (o paciente não irá compreender as explanações psicoeducativas).

Problemas significativos de vida presentes no momento, como luto, separação, doenças clínicas, problemas familiares (filho drogadito, desemprego pessoal ou do marido), podem interferir na participação no grupo, além de o paciente se sentir frustrado por não obter auxílio para tais questões, como gostaria.

Em geral, quanto mais homogêneo for o grupo de TCCG, melhor. Porém, esta não é a regra, principalmente no TOC. Podem ser tratados no mesmo grupo pacientes que apresentam diferentes tipos ou dimensões de sintomas do transtorno (p. ex., contaminação/limpeza, simetria, obsessões religiosas ou sexuais, dúvidas obsessivas e verificações). A única indicação mais duvidosa seria quanto à dimensão de acumulação compulsiva – se o paciente apresenta apenas essa dimensão de sintomas, pois ele pode se sentir deslocado, pensando que o grupo não irá ajudá-lo. No nosso protocolo de atendimento (Quadro 18.1), o tema da acumulação compulsiva é abordado apenas na sessão 9. Além disso, de modo geral, as pesquisas têm verificado que os resultados da TCC tradicional do TOC são pobres com esses pacientes, pela falta de *insight* e ausência de motivação que geralmente os caracterizam; ade-mais, os protocolos de atendimento necessitam ser modificados para levar em consideração todas as suas peculiaridades, como foi sugerido por Steketee e Frost³⁶ e Steketee e colaboradores.³⁷ O tratamento proposto por esses autores incluiu 15 sessões de grupo ao longo de 20 semanas, além de sessões individuais na casa dos pacientes. Verificou-se que aproximadamente 50% da amostra abandonou o tratamento, porém, os que o completaram, apresentaram redução dos sintomas.

MOTIVAÇÃO PARA O TRATAMENTO E *INSIGHT*

As entrevistas iniciais devem avaliar a motivação do paciente para participar da terapia em

grupo e sua capacidade para tolerar ansiedade e de se certificar de sua efetiva adesão ao tratamento, fatores claramente associados a sua resposta. São naturais as dúvidas e a ambivalência, mas é fundamental resolvê-las antes da participação no grupo, para evitar desistências e abandonos, que podem influenciar também na resposta dos outros participantes.

Estudos têm mostrado que identificar o estágio de mudança do paciente e, se necessário, utilizar a entrevista motivacional nas primeiras sessões têm aumentado o percentual de resposta à TCC, bem como diminuído o índice de abandono do tratamento.^{34,38} A entrevista motivacional (EM) é um método centrado no paciente e tem como objetivo reforçar a motivação para a mudança, ajudando os pacientes a identificar e solucionar suas ambivalências quanto ao tratamento.³⁹ Na EM, o terapeuta manifesta empatia evocando e pensando sobre a percepção do paciente quanto a sua situação e às vantagens e desvantagens de mudar. O terapeuta aumenta a motivação provocando e reforçando o desejo, as habilidades, as razões e, por fim, o compromisso com a mudança e com o tratamento por parte do paciente; o objetivo é fazê-lo falar e pensar sobre a mudança.

Além da motivação, clinicamente, é fundamental avaliar o grau de *insight* do paciente antes de iniciar a TCCG, pois estudos clínicos mostram que falta de crítica ou *insight* pobre tem são indicativos de pior resposta à terapia.^{35,40} O grau de *insight* pode ser avaliado por meio de itens da escala Y-BOCS e da Escala Dimensional de Sintomas Obsessivo-compulsivos Yale-Brown (DY-BOCS). Além do *insight*, estão associados a resultados positivos da TCCG: boa qualidade de vida antes do tratamento, sintomas leves ou moderados, predomínio de compulsões, adesão precoce aos exercícios de EPR.³⁵

► CARACTERÍSTICAS DO GRUPO E ESTRUTURA DAS SESSÕES

O grupo de TCCG é homogêneo, geralmente, e formado por 5 a 9 (o ideal é de 7 a 8) pacientes tendo o TOC como diagnóstico principal, um terapeuta e um coterapeuta (profissional da saúde mental que ajuda na condução das sessões). Além disso, os grupos, nessa abordagem, são fechados, ou seja, há um número de sessões limitado (início, meio e fim), e os pacientes não podem entrar após o grupo ter iniciado. São previstas 12 sessões de tratamento e 3 sessões mensais de reforço após o término. A TCCG favorece a participação de estagiários e iniciantes na abordagem, os quais, além observarem o grupo, podem fazer relatórios e participar de tarefas em subgrupos quando essa atividade ocorre durante algumas sessões.

As sessões de terapia do grupo são semanais, com aproximadamente 2 horas de duração. São planejadas com antecedência, são estruturadas, e têm um roteiro previamente estabelecido. Elas costumam iniciar com um breve relato de cada paciente sobre como está se sentindo e como se saiu com as “tarefas” de casa (exercícios de exposição). Na própria revisão das tarefas da semana já é feita a programação dos exercícios para a sessão seguinte. Cada paciente recebe a “prescrição” de tarefas para casa de acordo com seus sintomas. Os terapeutas cuidam para que nenhum participante monopolize o tempo do grupo, incentivando que todos falem em todas as sessões.

ESTRUTURA DAS SESSÕES

SESSÃO INICIAL

Na sessão inicial, são recebidos os participantes (pacientes e familiares), todos são apresentados, e é entregue um manual com o conteú-

do de todas as sessões, os questionários, as escalas, bem como espaços em branco para os pacientes fazerem suas anotações (p. ex., as tarefas de casa ao fim de cada sessão); também é feita uma explanação sobre o TOC, os tratamentos existentes, sobre a TCCG, regras a serem seguidas, etc. As demais sessões, com exceção da oitava, são estruturadas e seguem os passos descritos a seguir. No Quadro 18.1, estão citados os conteúdos previstos para cada sessão.

REVISÃO DOS SINTOMAS E DAS TAREFAS DE CASA (PONTE PARA A SESSÃO ANTERIOR)

As sessões geralmente começam com a revisão dos sintomas e com os relatos das tarefas de casa, feitos por todos os participantes. São analisadas as dificuldades, os possíveis impasses, bem como o sucesso na sua realização. De acordo com o que foi conseguido, os terapeutas eventualmente sugerem novos exercícios. Na terapia de grupo, são muito importantes os incentivos quando ocorrem as dificuldades e/ou quando o paciente relata seus avanços e conquistas. O relato de cada paciente deve ser breve (de 2 a 3 minutos), para haver tempo para todos.

AGENDA DA SESSÃO

Após a revisão das tarefas, o terapeuta lembra ao grupo a agenda previamente estabelecida para a sessão no protocolo contido no manual (Quadro 18.1). É dada a oportunidade para esclarecer dúvidas e, eventualmente, modificar a agenda, o que é comum depois da oitava sessão.

EXPLANAÇÕES PSICOEDUCATIVAS

Em todas as sessões, o terapeuta ou o coterapeuta fazem uma breve explanação psicoedu-

cativa sobre algum tópico do TOC, conforme pode ser visto no Quadro 18.1, que mostra o conteúdo e as intervenções de cada uma das sessões. Essas explanações geralmente são feitas depois da revisão das tarefas de casa, sendo utilizados, para isso, eslaides e projetor. O manual completo da terapia pode ser acessado no site da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.* O guia do terapeuta com orientações próprias pode ser solicitado aos autores por e-mail.

EXERCÍCIOS EM PEQUENOS GRUPOS

Em quase todas as sessões, são realizados exercícios práticos de EPR; tocar em objetos “sujos”, como esponja de cozinha, sabonete usado, brinquedos velhos de crianças, cédulas velhas de R\$ 2,00, moedas, seringa descartada (sem agulha), e não lavar as mãos depois. Também são preenchidos questionários e instrumentos como a lista de sintomas, a Y-BOCS, o RPD. Para a realização dessas tarefas práticas, o grupo é dividido em 2 a 4 subgrupos, com 2 a 3 pacientes cada, e eles auxiliam uns aos outros nessa atividade, que é realizada com a ajuda dos terapeutas. Muitos exercícios são completados posteriormente em casa.

ESCOLHA DAS TAREFAS DE CASA

Próximo ao fim da sessão, são combinados os exercícios para casa, que são individualizados. Devem ser prescritos para cada paciente em razão dos sintomas que apresenta, lembrando sempre que o TOC é multidimensional, devendo a terapia levar isso em conta. É necessário planejar as primeiras tarefas de EPR focando nos rituais compulsivos e nas evitações, começando pelos exercícios mais fáceis (lista de sintomas com grau 1 ou 2 de ansiedade). Junto

* Disponível em www.ufrgs.br/toc/profissional.htm.

QUADRO 18.1 > ASSUNTOS E INTERVENÇÕES ABORDADOS NO PROTOCOLO DE 12 SESSÕES DE TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL EM GRUPO

Sessões	Assuntos	Intervenções
1	O que é o TOC? Prevalência, incidência e curso do transtorno. O impacto na vida pessoal e familiar do paciente com TOC.	Recepção dos pacientes e familiares e apresentação do grupo. Entrega do manual da terapia. Combinações sobre o funcionamento e as regras do tratamento. Exercícios práticos: preenchimento da lista de Sintomas OC e de escalas que avaliam a gravidade do TOC.
2	Causas do TOC: biológicas e psicológicas. Relação entre as obsessões e compulsões. Modelo comportamental e cognitivo do TOC.	Revisão das tarefas de casa e esclarecimento de dúvidas. Revisão das listas de sintomas de grau de ansiedade 1 e 2 de cada participante. Diário de sintomas do pior dia da semana.
3	Os fundamentos da TCC: terapia de EPR. O fenômeno da habituação.	Revisão da lista de sintomas de grau de aflição 3 e do diário de sintomas de cada participante. Exercícios práticos: demonstrações e exercícios práticos de enfrentamento/exposição e prevenção de resposta (manias). Escolha individual das primeiras tarefas de EPR de acordo com a lista de sintomas com grau de aflição 1 e 2 (mínimo de quatro sintomas).
4	O que são pensamentos automáticos e crenças? Quais os principais pensamentos errados ou distorcidos no TOC?	Treinamento sobre a identificação e o registro de pensamentos disfuncionais (RPD) e de crenças típicos do TOC. Escolha individual de ao menos mais quatro exercícios de EPR de acordo com a lista de sintomas com grau de aflição 1 e 2.
5	Medos de contaminação e manias de limpeza: exagerar os riscos e a responsabilidade.	Revisão dos exercícios de EPR, do RPD e dos pensamentos disfuncionais. Técnicas para correção das crenças sobre excesso de responsabilidade e avaliação exagerada do risco.



QUADRO 18.1 > ASSUNTOS E INTERVENÇÕES ABORDADOS NO PROTOCOLO DE 12 SESSÕES DE TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL EM GRUPO (CONTINUAÇÃO)

Sessões	Assuntos	Intervenções
6	Pensamentos obsessivos de conteúdo indesejável e perturbador (conteúdo violento, sexual, blasfemo, religioso ou supersticioso): o poder exagerado do pensamento e a necessidade de controlá-lo.	Escolha individual de ao menos mais quatro exercícios de EPR de acordo com a lista de sintomas com grau de aflição 2 ou 3. Revisão dos exercícios: RPD, pensamentos disfuncionais e EPR. Questionamento socrático. Construção de uma história breve sobre pensamentos de conteúdo indesejável.
7	Compulsões de organização e simetria, verificações excessivas e dúvidas: pensamentos distorcidos envolvendo o perfeccionismo e a necessidade de ter certeza.	Escolha individual de ao menos mais quatro exercícios de EPR de acordo com a lista de sintomas com grau de aflição 2 ou 3. Registros de pensamentos disfuncionais, identificação dos pensamentos distorcidos e questionamento socrático. Revisão dos exercícios de EPR.
8	Explanação sobre o que é o TOC e sobre como funciona o tratamento para os familiares dos pacientes. Discussão sobre o impacto do TOC nas rotinas e relações familiares e sobre a interferência no trabalho e na produtividade dos pacientes e familiares.	Escolha individual de ao menos mais quatro exercícios de EPR de acordo com a lista de sintomas com grau de aflição 3 ou 4. Revisão dos exercícios: RPD, pensamentos disfuncionais e EPR. Apresentação dos pacientes e familiares. Depoimento dos familiares sobre os sintomas do paciente e seu impacto na vida da familiar.
9	O que é a acumulação compulsiva, e como combatê-la?	Escolha individual de ao menos mais quatro exercícios de EPR de acordo com a lista de sintomas com grau de aflição 3 ou 4. Revisão dos exercícios: RPD, pensamentos disfuncionais e EPR. Avaliação do tratamento. Exercício sobre acumulação compulsiva. Treino e utilização de escalas de automonitoramento.



QUADRO 18.1 > ASSUNTOS E INTERVENÇÕES ABORDADOS NO PROTOCOLO DE 12 SESSÕES DE TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL EM GRUPO (CONTINUAÇÃO)

Sessões	Assuntos	Intervenções
		Escolha individual de ao menos mais quatro exercícios de EPR de acordo com a lista de sintomas com grau de aflição 4.
10	Preparação para alta. O que são lapsos e recaídas?	Revisão dos exercícios de EPR, de acumulação compulsiva e das planilhas de automonitoramento.
		Preparação para alta: explanação sobre possíveis lapsos e recaídas.
11	Preparação para alta: explanação sobre possíveis lapsos e recaídas; como evitá-los?	Revisão dos exercícios de EPR, das situações-gatilho, dos lembretes e das planilhas de automonitoramento.
12	Avaliação da terapia. Recursos da comunidade: AGATOC, ASTOC (associações de pacientes, familiares e ex-pacientes), leituras adicionais, sites na internet.	Revisão dos exercícios de EPR, discussão sobre as dificuldades ainda existentes e os ganhos. Debate sobre as situações-gatilho e as estratégias de enfrentamento e revisão das planilhas de automonitoramento. Preenchimento do questionário de avaliação da TCCG. Combinação dos encontros futuros de revisão.

AGATOC, Associação Gaúcha de Tiques, Tourette e Transtorno Obsessivo-compulsivo; ASTOC, Associação Brasileira de Síndrome de Tourette, Tiques e Transtorno Obsessivo-compulsivo.

ao paciente, são escolhidas de 4 a 6 tarefas por semana com base nos exercícios anteriores, ou incorporando novas tarefas. Deve-se incentivar o paciente a realizar os exercícios até a aflição desaparecer ou diminuir significativamente, ou pelo maior tempo possível, bem como orientá-lo a repetir os exercícios o maior número de vezes que puder e atentar para as manobras disfarçadas de neutralização, para reduzir a intensidade da exposição ou para a execução de rituais sutis ou dissimulados.

Além disso, deve-se sugerir exercícios que o paciente acredita ter 80% de chances de executar (regra dos 80%)

Cada paciente do grupo deve conhecer bem seu mapa do TOC ou as situações, os horários e os locais mais críticos e que provocam suas obsessões e compulsões (ao se deitar, ao sair de casa, ao usar um banheiro público). O terapeuta deve auxiliá-lo a desenvolver estratégias de enfrentamento programando os exercícios com antecedência.

RESUMO DA SESSÃO PELO TERAPEUTA

Ao finalizar a sessão, e depois que todos escorcheram seus exercícios de casa, o terapeuta faz um breve resumo dos tópicos mais relevantes abordados na explanação psicoeducativa e relembará as tarefas combinadas com cada um dos participantes, testando o quanto cada paciente se sente confortável e comprometido com elas. Esse compromisso perante o grupo é um importante fator de adesão aos exercícios.

AVALIAÇÃO DA SESSÃO PELOS PARTICIPANTES

Ao fim da sessão, os participantes são solicitados individualmente a avaliá-la, com perguntas como: “Qual a sua avaliação da sessão de hoje?” ou “O que ficou de mais importante para você na sessão de hoje?”. É uma avaliação rápida, que não deve ser superior a 1 minuto para cada participante.

Cada sessão deve abranger os seguintes tópicos:

- 1 revisão dos sintomas e das tarefas de casa;
- 2 agenda da sessão;
- 3 explanação psicoeducativa;
- 4 exercícios práticos em subgrupos; aplicação de escalas e instrumentos de avaliação, quando previstos;
- 5 estabelecimento das novas tarefas de casa: exercícios de EPR e cognitivos;
- 6 breve resumo da sessão pelo terapeuta;
- 7 avaliação da sessão pelos participantes.

ALGUMAS DICAS PRÁTICAS PARA O TERAPEUTA DE COMO CONDUZIR AS SESSÕES DE TERAPIA

Embora o tratamento seja em grupo, é fundamental que o terapeuta tenha conseguido estabelecer um vínculo pessoal com cada um dos participantes, conhecendo a fundo os detalhes da vida pessoal e dos sintomas de cada um.

Tanto o terapeuta quanto o coterapeuta devem ser cordiais, afetuosa, tolerantes, mantendo sempre o bom humor, evitando críticas, demonstrando interesse, preocupação e empatia.

O terapeuta é muito ativo: faz perguntas, estimula a participação de todos, a interação entre os pacientes, usa os exemplos de uns para estimular os outros, apoia a disposição de ajuda entre os participantes, solicita opiniões, usa o humor com sensibilidade e no momento adequado, atitudes que podem ajudar a criar um clima de descontração e aumentar a coesão grupal. Participa dos pequenos grupos, quando estão programados e, eventualmente, pode realizar exercícios extra, não programados na sessão. Deve manter a estrutura preestabelecida das sessões, que têm de seguir as linhas gerais do protocolo.

Deve estar atento a sinais de perigo de abandono: atrasos, faltas não combinadas, silêncio nas sessões, não adesão aos exercícios. Se houver necessidade, deve conversar em particular com o paciente que está tendo problemas, após a sessão. Ainda deve lembrar os participantes do compromisso de avisar com antecedência a impossibilidade de comparecer a uma sessão. De modo geral, o abandono tem sido mínimo em nossos grupos.

As sessões são estruturadas e devem seguir o protocolo. Por esse motivo, o controle dos tempos para as diferentes tarefas deve ser bastante rígido por parte do terapeuta. Se não foi possível abordar todos os tópicos, eles devem ser recuperados na sessão seguinte. O tempo deve ser administrado de tal forma que todos possam falar. Todos os participantes devem falar em todas as sessões no mínimo duas vezes: ao relatar o andamento das tarefas de casa e no fim, quando relembram perante o grupo as tarefas da semana. O terapeuta deve cuidar para que todos tenham tempos semelhantes para participar, evitando a polarização do tempo por algum paciente e, com isso, ciúmes e ressentimentos.

Recomenda-se ao terapeuta e ao coterapeuta “prepararem” a sessão com antecedência lendo os textos do manual e revisando a sequência e os conteúdos a serem abordados, os slides, etc. Se necessário, pode-se levar um pequeno roteiro escrito. É interessante ter sempre registrados os exercícios programados de cada paciente. O coterapeuta ou um estagiário podem se encarregar dessa tarefa durante as sessões. Uma das funções do coterapeuta é poder ajudá-lo na administração do tempo e das tarefas. O ideal é que as sessões durem 2 horas. Sugere-se a frequência semanal em um horário em que todos os participantes tenham condições de estar presentes.

O recomendável é que terapeuta e coterapeuta se alternem na coordenação do grupo e na liderança da realização das diferentes tarefas ao longo da sessão. O formato grupal também favorece a participação de observadores e estagiários. Se estes estiverem participando, como regra, devem se manter silenciosos e não participar da sessão.

Pode-se prever com antecedência de 1 a 2 sessões a participação dos familiares, para que os pacientes efetuem os convites, exceto a primeira sessão, cuja combinação para que participem deve ser feita na entrevista de avaliação. Sempre que um paciente faltar à sessão sem aviso prévio, é recomendável que alguém da equipe, de preferência o próprio terapeuta, fale com ele por telefone. Certamente, isso auxiliará na adesão e reduzirá eventuais abandonos.

PARTICIPAÇÃO DA FAMÍLIA NO ATENDIMENTO EM GRUPO

Atualmente, o TOC é entendido como uma doença da família, pois a maioria dos pacientes envolve seus familiares em seus rituais compulsivos. Os sintomas frequentemente interferem nas rotinas da casa, nos compromissos so-

ciais e nos momentos de lazer. Ter um familiar com TOC, na maioria das vezes, provoca conflitos, discussões acaloradas e redução na renda familiar, em razão da frequente incapacitação.

Um dos primeiros estudos envolvendo a participação e o tratamento de familiares foi o de Van Noppen e colaboradores.²⁹ Os autores utilizaram a terapia comportamental em grupo para o tratamento de pacientes com TOC e para familiares e pacientes simultaneamente (Multifamily Behavioral Treatment – MF BT). Os ganhos observados foram comparáveis aos descritos na literatura para a terapia individual, tanto nos grupos exclusivos de pacientes como nos grupos de pacientes e familiares.

Na maioria das situações, por não tolerarem o desconforto sentido e para evitar conflitos diante dos rituais compulsivos, os familiares fazem o que o portador de TOC “manda”, participam dos rituais e mudam suas rotinas, pois isso proporciona alívio imediato para ambos. Entretanto, não se dão conta de que esse comportamento mantém o TOC. Esse fenômeno é chamado de “acomodação familiar”. Um paciente com sintomas de simetria, por exemplo, sentia que, se uma pessoa da família tocasse em seu braço direito, deveria imediatamente tocar em seu braço esquerdo, e “obrigava” o familiar a executar o referido ritual, mesmo contra sua vontade. São muito comuns também perguntas repetidas, atrasos e até a perda de compromissos sociais. Tal acomodação geralmente é feita com raiva, culpa e frustração, que frequentemente são exteriorizadas sob a forma de discussões, brigas e até agressões físicas. Um paciente de 30 anos não suportava dividir o banheiro da casa, mesmo com seus familiares. A casa tinha dois banheiros, e a família era constituída por seis pessoas, mas o paciente exigia um banheiro exclusivo, e todos os outros “aceitavam” com muita raiva a imposição. Caso não aceitassem, o paciente era acmetido por ataques de ira, ocorrendo inclusive

agressões. Sentiam-se prisioneiros dessas exigências e sem saída.

O envolvimento da família na terapia, em muitas situações, pode ser de grande ajuda ou até indispensável. No protocolo de 12 sessões da TCCG descrito no Quadro 18.1, os familiares são convidados a participar de duas sessões da terapia: da primeira, quando são abordados tópicos gerais sobre o TOC, e também da oitava, quando é feita uma revisão do andamento da terapia de cada paciente e discutida a importância da participação da família no tratamento. Na primeira sessão, os familiares têm acesso a uma série de informações que lhes permitem uma maior compreensão do TOC, assim como fazem um breve depoimento e escutam o relato de outros pacientes e familiares sobre os sintomas. O compartilhamento dessas experiências os faz perceberem que não são os únicos a sofrer em sua família o impacto causado pelo TOC. Além disso, são incentivados pelos terapeutas a participar desde o início do tratamento, auxiliando o paciente na elaboração da lista de sintomas e, se solicitados, na realização das tarefas de exposição e incentivando-o a se abster de executar os rituais. Na segunda sessão de que participam (oitava da TCCG), são estimulados a fazer um breve depoimento do que observaram no paciente depois que iniciou a terapia, as dificuldades, os avanços e os recuos observados, e orientados sobre como conviver e ajudar o paciente de forma efetiva. Também recebem a orientação de evitar as críticas e as demonstrações de raiva e de como gradualmente negociar a diminuição e até a abolição completa da acomodação familiar. Sem dúvida, isso deve ser feito de comum acordo entre o paciente, os familiares e terapeutas, para que fique claro que o objetivo final é sempre a melhora dos sintomas.

Durante a realização da TCCG, e após seu término, é importante que os familiares sejam percebidos pelo paciente como aliados do tra-

tamento, por meio de atitudes construtivas, que o estimulem a enfrentar e combater o TOC. Além disso, da mesma forma que os pacientes, os familiares são incentivados a obter informações sobre do transtorno por intermédio de leituras, assistindo a palestras ou pela internet. A obtenção de maior compreensão da doença leva a diminuição dos sentimentos de culpa e a reaquisição da esperança, muitas vezes perdida, de que seu familiar poderá um dia vencê-la.

VANTAGENS DO ATENDIMENTO EM GRUPO

Em primeiro lugar, é importante reafirmar que a terapia em grupo é tão eficaz quanto a terapia individual. Estudos mostram que os ganhos obtidos com a TCCG são equivalentes aos que se conseguem com o tratamento individual, porém, o custo financeiro do grupo é bem menor e a oferta de tratamento para a comunidade, maior. Como no Brasil o número de profissionais da saúde mental com formação em TCC ainda é relativamente pequeno, e ainda menor com experiência em TCC do TOC, esse aspecto é muito relevante.

O TOC, de modo geral, é um problema que acompanha a pessoa há anos até que ela chegue ao grupo. Muitas vezes, ela já participou de outros tratamentos sem sucesso e, por esse motivo, perdeu a esperança de um dia viver sem a doença. Nas sessões de TCCG, além de receber informações sobre o TOC e a eficácia do tratamento, o paciente tem oportunidade de ouvir o depoimento de participantes de grupos anteriores que superaram o transtorno, e isso aumenta sua motivação e a esperança de melhorar (instalação de esperança), um dos fatores terapêuticos já mencionados por Yalom e Leszcz.²¹ Uma das experiências mais emocionantes proporcionadas pelo grupo é a de conhecer outras pessoas com TOC e com sinto-

mas semelhantes aos seus (universalidade, nos termos de Yalom), de saber que não é a única pessoa no mundo com tais problemas, de se sentir aceito e acolhido. Isso proporciona um sentimento muito agradável, como apontava um paciente do grupo: “Dá um alívio saber que há outras pessoas como eu! Eu achava que era louco, me sentia estranho, esquisito e sozinho”.

A possibilidade de relatar seus problemas, falar de seus medos e dos sentimentos de culpa para outras pessoas e se sentir compreendido ao longo das sessões cria e fortalece a união entre os participantes (catarse, coesão grupal). Além disso, a convivência permite o treinamento de habilidades sociais básicas, muitas vezes prejudicadas por anos de isolamento e de doença. No grupo, os pacientes são incentivados a trocar telefones e a ir às casas uns dos outros para auxiliar na realização das tarefas de exposição propostas na terapia. Como exemplo, uma das pacientes relatou que não gostava de receber visitas, pois percebia sua casa em desordem na presença dos outros, e ver as coisas fora do lugar, mesmo que por pouco tempo, lhe causava grande aflição. Essa paciente foi incentivada a convidar outra participante para ir à sua casa fazer um bolo, e, enquanto ela assava, as duas ficariam conversando sem limpar a sujeira, e depois comeriam o bolo. A paciente teria que suportar, pelo maior tempo possível, sua cozinha suja e desorganizada, de preferência até a aflição diminuir significativamente, ou até o dia seguinte. Na sessão posterior, relataram que a experiência tinha sido muito boa para as duas, inclusive repetiram “a dose” no fim de semana.

O grupo estimula nas pessoas o desejo de ajudar os demais (altruismo); muitas vezes, a sugestão oferecida de um colega para o outro ajudar a ambos, pois a pessoa que recebe se beneficia obtendo uma informação relevante para se livrar do TOC enfrentando seus medos,

e quem oferece também se beneficia, por ajudar e se sentir útil.

Por fim, os participantes aprendem a vencer os medos e a deixar de realizar seus rituais observando uns aos outros (aprendizagem social ou por observação). Vendo outros participantes tocar em objetos anteriormente evitados, ouvindo o relato de sucesso no enfrentamento de situações que ele mesmo não acreditava ser capaz de enfrentar, faz o paciente aprender que isso é possível sem que ocorram as consequências temidas (p. ex., ficar louco, perder o controle, contaminar os outros ou contrair uma doença). Um dos participantes relatou: “Na semana passada, fui fazer compras e peguei no dinheiro, logo me veio o pensamento – preciso lavar as mãos, estou sujo –, mas em seguida veio a imagem do nosso último encontro, em que todos pegaram no dinheiro, e alguns até conseguiram passá-lo direto no rosto. Essa lembrança diminuiu minha aflição e a urgência de me lavar, e consegui não lavar as mãos”.

DIFICULDADES E PROBLEMAS PRÁTICOS DA TCCG

A TCCG apresenta algumas desvantagens e problemas práticos:

- maior número de contraindicações;
- menor flexibilidade das sessões em razão de seguir um protocolo predeterminado;
- necessidade de conseguir um número mínimo de participantes para o grupo iniciar;
- necessidade de aguardar até que o agrupamento seja encerrado e o trabalho de grupo possa começar;
- a falta de dois ou mais pacientes simultaneamente pode comprometer o andamento da sessão;

- a falta implica “perda” dos conteúdos de uma determinada sessão, os quais podem fazer falta na sessão seguinte;
 - menor flexibilidade de horários: dificuldade para encontrar um horário comum a todos;
 - alguns pacientes apresentam apenas uma dimensão de sintomatologia (acumulação compulsiva) e precisam aguardar até uma determinada sessão para trabalhar esse sintoma específico.

- As terapias de EPR e TCC são tradicionalmente oferecidas na forma individual para o tratamento do TOC. No entanto, a disponibilidade desse tratamento para a comunidade ainda é rara, e a maioria dos pacientes que buscam atendimento em clínicas não tem acesso a terapeutas cognitivo-comportamentais bem treinados.
 - A TCCG tem revelado uma relação custo/eficácia favorável, na medida em que no tempo de 2 horas são atendidos de 4 a 5 vezes mais pacientes do que no atendimento individual, além de aumentar a oferta de TCC à população e permitir que mais pacientes sejam atendidos.
 - Estudos mostram que os resultados da TCCG são similares aos da TCC individual, e os ganhos obtidos se mantêm ao longo do tempo.
 - A TCCG para o TOC vem sendo utilizada com sucesso em vários países. No Brasil, é utilizada há mais de 10 anos, com algumas centenas de pacientes tratados.
 - A TCCG para o tratamento do TOC vale-se das mesmas técnicas utilizadas na terapia individual: a exposição (E), de forma gradual, às situações, aos objetos e aos lugares evitados, e a prevenção de resposta ou dos rituais (PR), que é a abstenção da realização de atos destinados a aliviar a ansiedade, como as compulsões, os rituais mentais e as neutralizações, associadas à identificação e à correção de pensamentos e crenças disfuncionais, favorecidas pelo contexto e pelos fatores grupais.
 - A capacidade de *insight* e a motivação do paciente para a mudança são questões importantes a serem consideradas no atendimento em grupo, pois estão associadas aos ganhos obtidos com a terapia.
 - São tratados no mesmo grupo pacientes que apresentam diferentes dimensões de sintomas OC. Entretanto, quando apenas a acumulação compulsiva está presente, a indicação para o grupo deve ser muito cautelosa, pois há necessidade de adaptações da terapia que fogem ao protocolo.
 - Embora o tratamento seja em grupo, é fundamental que o terapeuta consiga estabelecer um vínculo pessoal com cada um dos participantes.

- O terapeuta é muito ativo: faz perguntas, estimula a participação de todos, a interação entre os participantes, usa os exemplos de uns para estimular os outros, apoia a disposição de ajuda entre os pacientes, solicita opiniões, usa o humor com sensibilidade e no momento adequado, atitudes que podem ajudar a criar um clima de descontração e aumentar a coesão grupal.
 - Todos os participantes devem falar em todas as sessões no mínimo duas vezes: ao relatar o andamento das tarefas de casa e no fim, quando relembram perante o grupo as tarefas da semana. O terapeuta deve evitar a polarização do tempo por algum paciente.
 - Os familiares são convidados a participar de duas sessões da terapia: da primeira, quando são abordados tópicos gerais sobre o TOC, e também da oitava, quando é feita uma revisão do andamento da terapia de cada paciente e discutida a importância da participação da família no tratamento.

> REFERÊNCIAS

1. Shafran R, Clark DM, Fairburn CG, Arntz A, Barlow DH, Ehlers A, et al. Mind the gap: improving the dissemination of CBT. *Behav Res Ther.* 2009;11:902-9.
 2. Oei T, Sullivan L. Cognitive changes following recovery from depression in a group cognitive-behaviour therapy program. *Aust N Z J Psychiatry.* 1999;33:407-15.
 3. Kaufman NK, Rohde P, Seeley JR, Clarke GN, Stice E. Potential mediators of cognitive-behavioral therapy for adolescents with comorbid major depression and conduct disorder. *J Consult Clin Psychol.* 2005;73:38-46.
 4. Ravindran A, Anisman H, Merali Z, Charbonneau Y, Telne J, Bialik R, et al. Treatment of primary dysthymia with group cognitive therapy and pharmacotherapy: clinical symptoms and functional impairments. *Am J Psychiatry.* 1999;56:1608-17.
 5. Patelis-Siotis I, Young LT, Robb JC, Marriott M, Bieling PJ, Cox LC, et al. Group cognitive behavioral therapy for bipolar disorder: a feasibility and effectiveness study. *J Affect Disord.* 2001;65(2):145-53.
 6. Heldt E, Manfro GG, Kipper L, Blaya C, Malts S, Isolan L, et al. Treating medication-resistant panic disorder: predictors and outcome of cognitive-behavior therapy in a Brazilian public hospital. *Psychother Psychosom.* 2003;72:43-8.
 7. Dugas MJ, Freeston MH, Ladouceur R, Léger E, Langlois F, Provencher MD, et al. Group cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety disorder: treatment outcome and long-term follow-up. *J Consult Clin Psychol.* 2003;71:821-5.
 8. Taube-Schiff M, Suvak MK, Antony MM, Bieling PJ, McCabe RE. Group cohesion in cognitive-behavioral group therapy for social phobia. *Behav Res Ther.* 2007;45:687-98.
 9. McRoberts C, Burlingame GM, Hoag MJ. Comparative efficacy of individual and group psychotherapy: a meta-analytic perspective. *Group Dynamics: theory, research, and practice.* 1998;2:101-17.
 10. Anderson RA, Rees CS. Group versus individual cognitive-behavioural treatment for obsessive-compulsive disorder: a controlled trial. *Behav Res Ther.* 2007;45:123-37.
 11. Basso de Souza M, Isolan L, Oliveira RR, Manfro GG, Cordioli AV. A randomized clinical trial of cognitive-behavioral group therapy and sertraline in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry.* 2006;67:1133-9.
 12. Lam DH, Hayward P, Watkins ER, Wright K, Sham P. Relapse prevention in patients with bipolar disorder: cognitive therapy outcome after 2 years. *Am J Psychiatry.* 2005;162:324-9.

14. Heldt E, Manfro GG, Kipper L, Blaya C, Isolan L, Otto MW. One year follow-up of pharmacotherapy-resistant patients with panic disorder treated with cognitive-behavior therapy: outcomes and predictors of remission. *Behav Res Ther.* 2006;44:657-65.
15. Braga DT, Manfro GG, Niederauer K, Cordioli AV. Full remission and relapse of obsessive-compulsive symptoms after cognitive-behavioral group therapy: a two-year follow-up. *Rev Bras Psiquiatr.* 2010;32(2):164-8.
16. Falls-Stewart W, Marks AP, Schafer J. A comparison of behavioral group therapy and individual behavior therapy in treating obsessive-compulsive disorder. *The J Nerv and Mental Dis.* 1993;181:189-93.
17. Jónsson H, Hougaard E. Group cognitive behavioural therapy for obsessive-compulsive disorder: a systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand.* 2009;119:98-106.
18. Braga DT, Cordioli AV, Niederauer K, Manfro GG. Cognitive-behavioral group therapy for obsessive-compulsive disorder: a 1-year follow-up. *Acta Psychiatr Scand.* 2005;112:180-6.
19. Borges CP, Meyer E, Ferrão YA, Souza FP, Sousa MB, Cordioli AV. Cognitive-behavioral group therapy versus sertraline for obsessive-compulsive disorder: five-year follow-up. *Psychother Psychosom.* 2011;80(4):249-50.
20. Zimerman DE. Psicoterapias de grupo. In: Zimerman DE. Psicoterapias: abordagens atuais. 2. ed. Porto Alegre: Artmed; 1998. p. 225.
21. Yalom ID, Leszcz M. Psicoterapia de grupo: teoria e prática. 5. ed. Porto Alegre: Artmed; 2006.
22. Hand I, Tichatzky M. Behavioral group therapy for obsessions and compulsions: first results of a pilot study. In: Sjoden PO, Bates D, Dockens WS, editors. Trends in behavior therapy. New York: Academic; 1979. p. 269-97.
23. Espie CA. The group treatment of obsessive-compulsive rituals: behavioural management of identified patterns of relapse. *Behav Psychotherapy.* 1986;14:21-33.
24. Enright SJ. Group treatment for obsessive-compulsive disorder: an evaluation. *Behav Psychotherapy.* 1991;19:183-92.
25. Krone KP, Himle JA, Ness RM. A standardized behavioral group treatment program for obsessive-compulsive disorder: preliminary outcomes. *Behav Res Ther.* 1991;29:627-63.
26. Van Noppen B, Pato M, Marsland R, Rasmussen SA. A time-limited behavioral group for treatment of obsessive-compulsive disorder. *J Psychother Pract Res.* 1998;7:272-80.
27. McLean PD, Whittal ML, Thordarson D, Taylor S, Koch WJ, Paterson R, et al. Cognitive versus behaviour therapy in the group treatment of obsessive compulsive disorder. *J Consult Clin Psychol.* 2001;69:205-14.
28. Himle JA, Van Etten M, Fischer DJ. Group cognitive behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder: a review. *Brief Treat Crisis Interv.* 2003;3:217-29.
29. Van Noppen BL, Steketee G, McCorkle BH, Pato M. Group and multifamily behavioral treatment for obsessive-compulsive disorder: a pilot study. *J Anxiety Disord.* 1997;11:431-46.
30. Jónsson H, Hougaard E, Bennedsen BE. Randomized comparative study of group versus individual cognitive behavioural therapy for obsessive compulsive disorder. *Acta Psychiatr Scand.* 2010;123:387-97.
31. Haland AT, Vogel PA, Lie B, Launes G, Pripp AH, Himle JA. Behavioural group therapy for obsessive-compulsive disorder in Norway. An open community-based trial. *Behav Res Ther.* 2010;48(6):547-54.
32. Cordioli AV, Heldt E, Braga D, Margis M, de Sousa MB, Tonello JF, et al. Time-limited cognitive-behavioral group therapy in the treatment of obsessive-compulsive disorder: an open clinical trial. *Rev Bras Psiquiatria.* 2002;24:113-20.
33. Sousa MB, Isolan LR, Oliveira RR, Manfro GG, Cordioli AV. A randomized clinical trial on cognitive-behavioral group therapy and sertraline in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psych.* 2006;67(7):1133-9.
34. Meyer E, Souza F, Heldt E, Knapp P, Cordioli A, Shavitt RG, et al. A randomized clinical trial to examine enhancing cognitive-behavioral group therapy for obsessive-compulsive disorder with motivational interviewing and thought mapping. *Behav Cogn Psychother.* 2010;38(3):319-36.
35. Raffin AL, Guimarães Fachel JM, Ferrão YA, Pasquoto de Souza F, Cordioli AV. Predictors of response to group cognitive-behavioral therapy in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Eur Psychiatry.* 2009;24(5):297-306.
36. Steketee G, Frost RO. Compulsive hoarding and acquiring: therapist guide. New York: Oxford University; 2007.
37. Steketee G, Frost RO, Wincze J, Greene K, Douglass H. Group and individual treatment of compulsive hoarding: a pilot study. *Behav Cogn Psychotherapy.* 2000;28:259-68.
38. Rubak S, Sandbaek A, Lauritzen T, Christensen B. Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. *Brit J Gen Pract.* 2005;55:305-12.
39. Miller WR, Rose GS. Toward a theory of motivational interviewing. *Am Psychologist.* 2009;64:527-37.
40. Hollander E, Bienstock CA, Koran LM, Pallanti S, Marazziti D, Rasmussen SA, et al. Refractory obsessive-compulsive disorder: state-of-the-art treatment. *J Clin Psychiatry.* 2002;63:20-9.

19

LUCAS LOVATO
ARISTIDES VOLPATO CORDIOLI

Transtornos relacionados ao TOC e TCC do transtorno dismórfico corporal, das *grooming disorders* e da hipocondria

OBJETIVOS

- Conhecer os conceitos de espectro obsessivo-compulsivo e de transtornos relacionados ao transtorno obsessivo-compulsivo (TOC).
- Ser capaz de fazer o diagnóstico das *grooming disorders* (GD) (tricotilomania [TTM], *skin picking* [SP] e *nail biting*), da hipocondria (HIP) e do transtorno dismórfico corporal (TDC), assim como de entender as semelhanças e diferenças deles em relação ao TOC.
- Conhecer o tratamento farmacológico e a terapia comportamental das *grooming disorders*, do transtorno dismórfico corporal e da hipocondria.

➤ ESPECTRO OBSESSIVO-COMPULSIVO E TRANSTORNOS RELACIONADOS AO TOC

Durante os anos de 1990, organizou-se de forma mais consistente a discussão a respeito da existência de transtornos relacionados, “aparentados” ao transtorno obsessivo-compulsivo (TOC). Em artigos da época, Hollander relacionou o TOC a uma série de outros transtornos (Fig. 19.1):^{1,2} era o espectro obsessivo-compulsivo, um *continuum*, ou dimensão compulsivo-impulsiva, ao longo do qual se situariam diversas patologias. Em um extremo, estariam aquelas caracterizadas por superestimação das possibilidades de dano/risco e, em outro, as caracterizadas por sua subestimação. De acordo com a hipótese inicial, sintomas semelhantes seriam compartilhados pelos transtornos do espectro, em especial a incapacidade de inibir ou retardar comportamentos repetitivos, alguns com o objetivo de “evitar danos”, e outros em busca de gratificação. A hipótese previa, ainda, o compartilhamento de mecanismos fisiopatológicos e respostas semelhantes aos mesmos tratamentos.

Mas seria verdadeiro que todos os transtornos inicialmente sugeridos relacionavam-

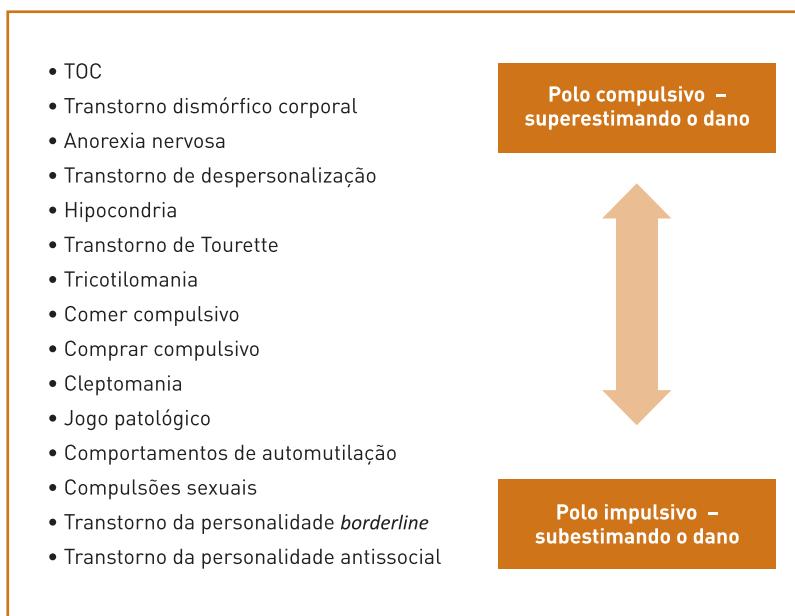


FIGURA 19.1 ➤ TRANSTORNOS DO ESPECTRO OBSESSIVO-COMPULSIVO NOS ANOS DE 1990.

Fonte: Hollander e Wong.²

-se mesmo ao TOC e entre eles (manifestações clínicas, fisiopatologia, genética, padrões de comorbidade, resposta aos tratamentos)? Quais seriam as semelhanças? Embora a hipótese do espectro venha sendo reformulada, especialmente no que se refere à sua abrangência, ela estimulou enormemente as pesquisas com o objetivo de responder a essas indagações.

Ao longo das últimas duas décadas, o conceito dos “transtornos do espectro obsessivo-compulsivo” sofreu mudanças e evoluções. Diversos estudos compararam os transtornos do espectro ao TOC e entre eles em relação a diferentes aspectos que poderiam corroborar ou afastar a hipótese de proximidade (comorbidade, genética, sintomas, resposta ao tratamento, aspectos cognitivos, etc.).³⁻¹⁶ Algumas dessas investigações demonstraram realmente a proximidade do TOC com determinados transtornos: com o *skin picking* e a TTM em

relação a comorbidade, história familiar, genética e modelo animal; com o TDC em relação a sintomas (obsessões relacionadas a um defeito físico imaginário, verificações, evitações) e resposta ao tratamento (terapia cognitivo-comportamental [TCC]). Outros desses transtornos demonstraram que, quando comórbidos ao TOC, podem representar subtipos que determinam especificidades em relação a aspectos clínicos e ao tratamento: o TOC comórbido com o transtorno de tique, por exemplo, geralmente é de início precoce e se beneficia da associação de um medicamento neuroléptico. E, ainda, outros transtornos do espectro mostraram predominantemente diferenças em relação ao TOC, como o jogo patológico diante de aspectos cognitivos, de personalidade e comorbidade.

O “fruto mais maduro” dessa linha de estudos sobre o transtorno obsessivo-compulsivo e seu “espectro” está sendo colhido na

quinta edição do *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (DSM-5), lançado em 2013. Uma importante mudança foi feita: o TOC deixa de fazer parte da categoria dos transtornos de ansiedade e passa a constituir uma “nova família”: transtorno obsessivo-compulsivo e transtornos relacionados (TOCTR).¹⁷ A força-tarefa de especialistas encarregada de definir essa nova classificação revisou a literatura a respeito dos transtornos que na atualidade apresentavam as evidências mais significativas e consistentes de relação/proximidade com o TOC, tendo como principal consideração a relevância e a utilidade clínicas de pertencerem a uma mesma “família”. Foram estudados o transtorno dismórfico corporal, o transtorno de Tourette e o transtorno de tique, a tricotilomania e as demais *grooming disorders* (*skin picking* e onicofagia), a hipocondria, o transtorno de acumulação e o transtorno da personalidade obsessivo-compulsiva (TPOC). Cada um deles foi comparado ao TOC em termos de similaridade de sintomas, comorbidade, curso da doença, familiaridade/aspectos genéticos, substrato neural, biomarcadores, temperamento, processo cognitivo e emocional e resposta ao tratamento.¹⁸

Em resumo, uma ideia inicial a respeito de transtornos que compartilhavam semelhanças com o TOC e fariam parte de um espectro incluiu um grupo grande de patologias. Estudos a respeito dessa hipótese foram, então, realizados, aumentando o conhecimento sobre todos os transtornos relacionados. Diante das semelhanças e diferenças observadas, o DSM-5 criou uma categoria específica ao TOC, incluindo certas patologias (Quadro 19.1) que se demonstram de alguma forma próximas e que serão discutidas logo a seguir.¹⁸

Transtorno dismórfico corporal ou transtorno do corpo dismórfico (DSM-5) > O TDC e o TOC compartilham similaridades em diversos domínios. Ambos são caracterizados por pen-

QUADRO 19.1 > TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO E TRANSTORNOS RELACIONADOS, CONFORME O MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS (DSM-5)

- Transtorno obsessivo-compulsivo
- Transtorno dismórfico corporal
- Transtorno de acumulação
- Tricotilomania
- Transtorno de escoriação
- Transtorno obsessivo-compulsivo ou transtornos relacionados induzidos por substâncias
- Transtorno obsessivo-compulsivo ou transtornos relacionados associados a outra condição médica
- Transtorno obsessivo-compulsivo ou transtornos relacionados sem outra especificação

Fonte: Stein e colaboradores.¹⁷

samentos e preocupações intrusivos, recorrentes e desagradáveis (sendo no TDC mais específicos em relação a algum “defeito” ou imperfeição física). O TDC apresenta comportamentos repetitivos (olhar-se no espelho, buscar confirmações, realizar diversos tipos de verificações) e evitações a situações que podem provocar os sintomas. Em menor grau, o TDC parece apresentar semelhanças com transtornos depressivos (pela baixa autoestima e sensibilidade a rejeição), com a fobia social (pela ansiedade diante de situações sociais e evitação a elas) e com o transtorno dismórfico corporal ou transtornos da alimentação (em razão de a preocupação ser focada em aspectos físicos). Por existir elevada comorbidade entre o TOC e o TDC, agrupá-los em uma mesma família também poderia ser útil no sentido de que, quando da realização do diagnóstico de um, seria possível pensar na probabilidade do outro, tanto no indivíduo quanto em familiares próximos. O tratamento farmacológico, assim como a TCC, apresentam aspectos de seme-

lhança entre os transtornos, resguardadas particularidades de técnicas utilizadas conforme especificidades do TDC (menos *insight*, semelhanças com as evitações sociais, atenção autofocada em sinais físicos, etc.).

Tricotilomania, skin picking e onicofagia (grooming disorders) > A principal semelhança entre esses transtornos e o TOC está em seu comportamento compulsivo, repetitivo, difícil de ser controlado. As diferenças mais evidentes se relacionam ao fato de a TTM e as GD não serem precedidas de obsessões, enquanto no TOC, as compulsões são motivadas para alívio da ansiedade gerada pelas obsessões. Nestas patologias, o comportamento pode ser realizado sem motivação específica, por uma sensação de “dificuldade em resistir”, para alívio de variados tipos de sentimentos “negativos” ou mesmo com o objetivo de obter gratificação. Entre as GD e o TOC há comorbidade aumentada e presença de maior prevalência entre familiares próximos. Existem evidências, ainda iniciais e que necessitam de mais estudos, de que também compartilham circuitos cóticoestriato-talâmicos parecidos. Em relação às possibilidades de tratamento farmacológico e de TCC, há significativas diferenças (abordadas adiante neste capítulo). Ainda que as evidências de proximidade entre as GD e o TOC sejam apenas “sugestivas” e que existam diferenças importantes, a força-tarefa do DSM-5 acreditou que neste momento aloá-las no TOCTR seria o mais adequado.

Transtorno de acumulação > Trata-se de um transtorno que, de certa forma, “faz o caminho inverso” dos demais; em vez de ser aproximado do TOC, “distancia-se” dele. Tornou-se (como transtorno primário, não como sintoma do TOC e nem do TPOC) uma patologia específica, em vez de se manter como um subtipo do TOC. Por uma natural proximidade, fará parte da família TOCTR, ainda que possa compartilhar se-

melhança com outros transtornos de ansiedade e com o comprar compulsivo.

Transtorno da personalidade obsessivo-compulsiva > O TPOC é caracterizado por preocupações excessivas com ordem, por perfeccionismo e controle mental próprio e das relações interpessoais, realizados às custas de flexibilidade ou mesmo de eficiência. Os pensamentos são mais egossintônicos que no TOC, e os critérios restritos para obsessão e compulsão não são preenchidos. A comorbidade entre essas duas patologias é elevada (embora a maioria dos pacientes com TOC não tenha TPOC, e vice-versa). Herdabilidade familiar entre as duas condições também está presente. O TPOC é uma patologia pouco estudada e com poucas investigações a respeito de seu funcionamento e tratamento. Os autores do DSM-5 entenderam que incluí-lo no TOCTR pode colocá-lo em mais evidência e, dessa forma, estimular pesquisas e investigações sobre ele.

Transtornos que foram investigados e não fizeram parte do TOCTR no DSM-5 > Alguns transtornos fizeram parte da discussão a respeito daqueles a serem incluídos na categoria do TOCTR do DSM-5, e a conclusão final foi que estariam mais bem alocados em outras categorias. O transtorno de Tourette e o transtorno de tique têm sido historicamente estudados e relacionados ao TOC. Com frequência, ocorrem como comorbidades, e há evidências sugerindo semelhanças em seus substratos neuroanatômico (gânglios da base) e neurofisiológico. Por vezes, certos comportamentos repetitivos do TOC que não são precedidos por obsessões (impulsos de tocar, raspar, bater) lembram tiques, e pode ser difícil distingui-los. Existem, entretanto, importantes diferenças, em especial no que diz respeito à resposta ao tratamento. Os tiques não respondem, por exemplo, aos inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRSs) e à TCC. Por ser um

transtorno de início precoce (o próprio TOC, quando associado a esse transtorno é caracterizado por iniciar cedo e por estar mais presente em meninos), o DSM-5 entendeu ser adequado classificá-lo em alguma categoria de transtornos geralmente diagnosticados na infância ou na adolescência, ou, ainda, relacionados ao neurodesenvolvimento. Mesmo com essa “separação”, o DSM-5 incluiu em seus critérios diagnósticos um subtipo específico do TOC: TOC relacionado a tiques.

Outro transtorno discutido foi a hipocondria. Embora tendo como sintomas “principais” as preocupações, estas foram entendidas como diferentes das que ocorrem no TOC. A HIP é vista como um transtorno heterogêneo, caracterizado pelo medo persistente de ter uma doença grave com base na interpretação errônea de um ou mais sintomas físicos. Em comum com o TOC, ocorrem pensamentos obsessivos/repetitivos, preocupação com a saúde/doenças e verificações (dúvidas a respeito do que foi dito pelo médico, exames laboratoriais repetidos, crenças disfuncionais, intolerância à incerteza), assim como responde aos ISRSS e à TCC. Entretanto, também há semelhanças com o transtorno de pânico, com vigilância somática aumentada ou com os transtornos somatoformes, com foco em sintomas físicos. É possível que o “peso” de cada uma dessas linhas de sintomas possa orientar o clínico para o tipo de transtorno do qual as características de um paciente específico mais se aproximam (transtorno de ansiedade, transtorno obsessivo, transtorno de somatização), guiando o tratamento mais adequado. A conclusão é que, embora existam similaridades entre a HIP e o TOC, não há dados suficientes para afirmar que ela esteja mais próxima do TOC do que de outros transtornos. A HIP permanecerá onde está, até que melhores definições sobre ela sejam encontradas.

É possível que a proposta do TOCTR seja a evolução da hipótese inicial sobre um espec-

tro obsessivo-compulsivo, com uma maior e melhor validade para o agrupamento dos transtornos relacionados e mais utilidade clínica. Um ponto importante que os especialistas da força-tarefa do DSM-5 observam é que os transtornos TOCTR não devem ser vistos como “subtipos” de TOC, mas como doenças que compartilham alguns aspectos semelhantes e que apresentam diferenças significativas e especificidades.

Essa nova classificação não é vista por seus autores como definitiva ou perfeita; é vista como adequada ao momento do conhecimento e diante da possibilidade de utilidade clínica,¹⁸ mas o incentivo é de que questionamentos continuem sendo feitos.

➤ TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL DO TRANSTORNO DISMÓRFICO CORPORAL, DAS GROOMING DISORDERS E DA HIPOCONDRIA

Ainda como proposta deste capítulo, pretendendo-se discutir com mais profundidade, incluindo o tratamento, três transtornos: TDC, por sua proximidade com o TOC e semelhança em termos de pensamentos obsessivos, comportamentos compulsivos e da resposta a um tratamento psicoterápico com técnicas parecidas;¹⁸ as *grooming disorders*, por sua prevalência e frequente associação ao TOC, e apesar de ser um grupo de transtornos relativamente pouco estudados;^{12,18-20} e a hipocondria, mesmo que não tenha sido incluída na categoria TOCTR no DSM-5. Por se tratar de um transtorno heterogêneo, é possível que “parte” dos pacientes se encaixe em um modelo explicativo muito semelhante ao modelo cognitivo-comportamental proposto para o TOC e que para esses pacientes seja realizada uma TCC com técnicas parecidas com as que estão sendo vistas neste livro.

► TRANSTORNO DISMÓRFICO CORPORAL

PREVALÊNCIA

O TDC, também conhecido popularmente como “feira imaginária”, tem uma prevalência que se situa entre 0,7 e 2,2% em amostras populacionais e entre 4 e 5,5% em estudantes universitários,²¹⁻²⁵ mas pode ser ainda mais elevada em populações específicas, como em pacientes de clínicas dermatológicas ou de cirurgia plástica (de 7 a 15%). Costuma iniciar na adolescência, tendendo a ser mais comum em meninas (1:1 – 3:1) e a apresentar um curso crônico se não tratado.²⁶⁻²⁹ A comorbidade com alguns transtornos pode ser especialmente alta: 33% com TOC, 76% com depressão e 39% com fobia social.¹⁸

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, CRENÇAS NUCLEARES

A principal característica do TDC é a preocupação excessiva com um defeito imaginário na aparência pessoal ou com algum pequeno defeito ou assimetria corporal realmente existentes (mas que em outras pessoas não assumem tal importância). Essas preocupações, que lembram muito as obsessões ou as ruminações do TOC, podem durar muitas horas do dia. Seus principais motivos incluem defeitos imaginários no rosto ou na cabeça (assimetrias, traços faciais, orelhas, pintas); na pele (cor, acne, cicatrizes); na quantidade, espessura ou distribuição de pelos e cabelos; nas mamas; nos órgãos genitais; nos dentes ou em qualquer parte do corpo, com alguma frequência em mais de uma. De modo parecido com as obsessões do TOC, os pensamentos, no TDC, podem ser intrusivos, persistentes, indesejados, difíceis de serem controlados, e apresentam como foco simetria, perfeccionismo ou alguma sensação do tipo “tem que estar certo”, ou *just right*.

Os sentimentos gerados são sempre desagradáveis, como sofrimento, medo e angústia.

Enquanto no TOC existem vários “temas” de preocupações, no TDC, elas são direcionadas para a aparência física, e as crenças centrais apresentam uma linha mais restrita: pouca autoaceitação, vergonha, ideia de ser inadequado, de ser pouco atraente, de não ser aceito. Essas crenças mais “depreciativas” tornam o TDC um transtorno com características semelhantes às observadas na fobia social e no transtorno depressivo maior. A capacidade de *insight* é considerada “pobre” quando comparado ao TOC. Cerca de 2% dos pacientes com TOC apresentam pensamento do tipo delirante enquanto no TDC esse índice é de até 39%.^{30,31} Justamente pela “pouca crítica” em relação ao transtorno, perguntar ao paciente se ele sente que há “um defeito imaginário em sua aparência” pode não ser uma boa abordagem. Muitas vezes, vai ser tarefa do profissional a avaliação da supervalorização de determinada queixa/pensamento.³² Em seu processo cognitivo, o paciente com TDC tende a focalizar mais em detalhes em detrimento da possibilidade de uma avaliação global, como acontece no TOC. Também ocorrem interpretações ambivalentes ou negativas das informações sociais, de forma parecida com a fobia social.¹⁸

Pacientes com TDC apresentam comportamentos com a intenção de reduzir a ansiedade e o sofrimento gerados pelos pensamentos negativos. Alguns desses comportamentos podem ser semelhantes às compulsões do TOC: comparar-se aos outros, olhar-se em espelhos (verificações), buscar confirmações, tocar ou verificar partes do corpo, mudar de roupa, buscar opiniões de especialistas (dermatologistas e cirurgiões plásticos), comprar produtos de beleza para o “tratamento de seus problemas”, realizar camuflagens (usar maquiagem, roupas largas, manter o cabelo de determinada forma). Por vezes, seus comportamentos podem

apresentar características de pequenas auto-mutilações, mas com a intenção de “melhorar/corrigir” seus “defeitos”, e não de obter gratificação.

Os pacientes com TDC também adotam comportamentos evitativos/esquivos, parecidos com os encontrados na fobia social, no qual não ir a eventos sociais ou evitar falar com determinadas pessoas tornam-se meios de não ativar suas crenças de rejeição ou inadequação. Tanto os pensamentos como os comportamentos são difíceis de serem controlados, causam sofrimento significativo, ocupam muitas horas do dia e são fatores relacionados à piora na qualidade de vida.

A suicidalidade é um risco presente no TDC; um estudo mostrou que até 24% dos pacientes podem tentar suicídio.³³ Dessa forma, avaliar o risco de suicídio nesses indivíduos é sempre importante, especialmente se apresentarem outras comorbidades ou situações que aumentem o risco, como depressão maior.

Algumas perguntas podem ajudar a reconhecer o paciente com TDC, tais como:³⁴

- Você se preocupa muito com sua aparência e deseja pensar menos sobre ela?
- Quais as preocupações específicas que você tem sobre sua aparência?
- Em um dia típico, quantas horas por dia você fica preocupado com a aparência? (Mais de 1 hora é considerado excessivo.)
- Como essa preocupação afeta sua vida?
- A preocupação com a aparência dificulta seu trabalho ou atividades com amigos?

TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

A literatura a respeito do tratamento farmacológico do TDC é relativamente escassa. Ensaios clínicos randomizados apontam para o benefício do uso de fluoxetina e clomipramina.³⁴⁻³⁶ Séries de casos mostram o auxílio de outros inibidores da recaptação de serotonina (IRSs).

Como no TOC, mas com menos evidências, pensa-se que devem ser utilizadas doses maiores dos medicamentos e realizado um ensaio de, pelo menos, 12 semanas. Estudos com IRSs mostram que não houve diferença na resposta dos pacientes que apresentavam sintomas não delirantes para os que apresentavam sintomas delirantes. Dessa forma, a maior evidência é para que se utilize um IRS, mesmo em pacientes com sintomas delirantes. Os dados sobre a utilização de antipsicóticos não são consistentes, tanto em monoterapia como em tratamento adjuvante. É possível que exista algum benefício para pacientes com TDC que estejam agitados. Ideiação suicida sempre deve ser avaliada e monitorada em pacientes que iniciam o tratamento farmacológico, tanto pelo risco elevado inerente a esse transtorno quanto pela possibilidade de ela ser precipitada por medicamentos. Por todos esses motivos, o National Institute for Health and Care Excellence (NICE/UK) indica a fluoxetina como medicamento de escolha para o TDC.³⁷

TRATAMENTO PSICOTERÁPICO

A TCC é a técnica psicoterápica com mais evidências de eficácia no tratamento do TDC. Em casos moderados da doença, o paciente pode escolher entre TCC ou medicação e, em casos graves, deve-se indicar o tratamento conjunto de fármacos e terapia.³⁷

Muitos dos princípios de tratamento são semelhantes às técnicas cognitivas e comportamentais utilizadas na TCC do TOC, mas existem algumas particularidades na psicopatologia do TDC importantes na abordagem psicoterápica, as quais serão discutidas a seguir.³⁸⁻⁴⁰

O conceito de “si como um objeto estético” >

As pessoas têm uma imagem mental de sua aparência, que pode ser utilizada, por exemplo, para uma autodescrição a outra pessoa e que pode “interagir” com a realidade. Ao se

olhar em um espelho, a imagem mental pode estar “congruente” com a forma concreta; pode haver um “diálogo” entre a imagem mental e a forma concreta: “Parece que estou com mais cabelos brancos do que estava imaginando”, “Não sabia que estava com a pele tão manchada”; ou pode haver uma imagem mental distorcida que influencia o que e como se observa o concreto, podendo estar “incongruente” com a realidade. No TDC, existe uma extrema autoconsciência e atenção focada em uma imagem distorcida, gerando sofrimento, desconforto, e uma atenção seletiva sobre determinada característica, a partir daí retroalimentando o processo cognitivo (quanto mais penso que meu nariz é grande, mais o percebo grande, mais olho para ele, mais sofrimento é gerado). Indivíduos com TDC constroem imagens corporais com mais significados negativos, mais vívidas e recorrentes que aqueles saudáveis. Técnicas que possam fazer um “mapa” de como o paciente faz sua imagem mental (distorcida), ligando a construção dessa imagem a experiências passadas e seus significados (crenças, pensamentos, respostas emocionais e comportamentais), serão úteis no tratamento. O terapeuta irá trabalhar o conceito de que o problema é a “imagem”, e não exatamente a aparência real. Entendendo como se constrói a imagem (que não é somente a figura atrás da retina), é possível modificar seu significado e as crenças relacionadas.

Avaliação negativa da imagem corporal > No TDC, o corpo fica identificado como o centro do “domínio pessoal” (características pessoais, físicas, valores e objetivos). Dessa forma, as crenças associadas a determinada característica física (simetria, perfeccionismo, juventude) irão ditar as “regras” sobre a aparência: “Mulheres com pele manchada não são atraentes para os homens; com esta pele que tenho vou acabar sozinha e infeliz”. O paciente com TDC assume crenças centrais negativas a respeito

de sua aparência e da repercussão social que ela representa (o que também irá reforçar todo o ciclo cognitivo do TDC): “Minha aparência é responsável por muito do que acontece na minha vida”. As crenças mais frequentes giram em torno de temas como ser rejeitado, ser inadequado, ser fracassado, ser feio, não ter valor, não ser amado. A terapia deve ajudar o paciente a identificar e questionar os significados da “aparência defeituosa” (não do defeito em si); a modificar a ideia sobre “ter um defeito”; a modificar os valores atribuídos à aparência física em relação ao todo; e a criar e reforçar crenças alternativas que argumentem contra as antigas (aqui, pode-se realizar um *role-play* reverso no qual o paciente defende as novas crenças discutidas, e o terapeuta argumenta a favor das antigas). É possível que as técnicas cognitivas sejam mais bem aceitas após o paciente já estar mais familiarizado no entendimento do modelo do TDC e estar menos disfuncional.

Ruminação e comparação com “o ideal” > A atenção focada na imagem distorcida e a avaliação negativa que se tem dela acabam causando preocupações obsessivas e ruminativas: a respeito de eventos futuros, de uma imagem interna ideal (referência própria) ou comparações a outros indivíduos (referência externa). As comparações com um “ideal” acabam formando uma “discrepância” entre o que o paciente “espera” e sua autopercepção. Trabalhar as preocupações geradas pela discrepância e resistir às comparações devem ser objetivos do trabalho terapêutico.

Emoções > Pacientes com TDC com frequência sentem vergonha, sensação de rejeição ou humilhação, tristeza, raiva, ansiedade antecipatória, culpa e desesperança. Sentir esse tipo de emoção acaba reforçando a autoavaliação negativa e a própria atenção focada na imagem “com defeito”. Técnicas cognitivas que melho-

rem o humor e aumentem a tolerância aos sentimentos negativos irão auxiliar o paciente com TDC. Neste ponto, a avaliação do benefício de um ISRS torna-se importante.

Comportamentos > Os comportamentos adotados por pacientes com TDC incluem: evitações ou “escapadas” ativas de situações sociais; camuflagens para “reduzir” a percepção dos “defeitos”; uma gama de comportamentos repetidos buscando “conforto” emocional ou sensação de “estar certo”. Todos esses comportamentos também reforçam o circuito cognitivo-comportamental da doença e perpetuam o TDC. Novamente, mapear tais comportamentos e criar tarefas comportamentais de enfrentamento, exposição social, redução da vigilância, dos comportamentos evitativos, das checagens e do controle são úteis no TDC.

Como em outras situações nas quais se trabalha com TCC, a motivação será um fator prognóstico importante, mas, no caso do TDC, o *insight* pobre pode se tornar um desafio. O

paciente que não tiver crítica a respeito da natureza psiquiátrica de seu transtorno pode permanecer com a ideia de que um dermatologista ou cirurgião plástico é quem poderá resolver seu problema. Diante de sintomas caracterizados por pequenas automutilações, técnicas da terapia de reversão de hábitos podem ser úteis.

> HIPOCONDRIA

A hipocondria caracteriza-se pela ideia ou medo persistente de ter uma doença grave, com base na interpretação errônea de um ou mais sintomas físicos. Sua prevalência é variada: de 0,8% em uma amostra populacional, 8,5% em pacientes ambulatoriais e de 25 a 51% em comorbidade com transtorno de pânico. Segundo o DSM-IV, pode começar em qualquer idade, sendo frequente o início no adulto jovem, podendo apresentar relação com a doença ou morte de uma pessoa próxima ou mesmo por

EXEMPLO

Caso 1 – M, feminina, 22 anos, é avaliada em uma emergência médica pelo psiquiatra após atendimento clínico por tentativa de suicídio com medicamentos. Refere estar triste, desanimada e sem expectativas futuras quanto a sua vida. Conta que seu sofrimento iniciou aos 15 anos por preocupações com “defeitos” em sua pele, especialmente no rosto. Passava muitas horas olhando-se no espelho, observando “diversos” defeitos: falhas na pele, tonalidades diferentes em algumas regiões, olheiras, acnes. Não conseguia parar de pensar nos defeitos e tinha certeza de que todos os colegas também observavam suas imperfeições. Por estar “deformada”, teria dificuldade de encontrar um namorado, e as colegas não iriam querer se aproximar dela. Fez diversos tratamentos estéticos; por vezes, brigava com sua mãe, pois ela não podia pagar por alguns produtos de beleza que “fariam diferença”. Muitas vezes, não foi a festas ou atividades sociais por vergonha de sua “aparência”. Usava maquiagem para tentar esconder os defeitos, mas isso eventualmente fez o efeito contrário, pois o excesso de produtos fez os colegas tecerem comentários, o que a deixava ainda pior.

EXEMPLO

Caso 2 – J, masculino, 30 anos. Vem encaminhado por um cirurgião plástico, que consultou para “mudar o formato de seu nariz”. Achava que um nariz “mais reto em cima e com uma base menor” iria “ficar melhor”; não sabia bem a razão disso, mas era o que achava, e queria fazer uma cirurgia. O cirurgião explicou que seu nariz realmente tinha uma base mais larga, mas estava proporcional ao seu rosto e às demais feições. Como ficou irritado com a avaliação que recebeu, foi encaminhado ao psiquiatra. Na consulta, disse que há muito tempo tem “vergonha” de seu nariz. Refere “Só vejo o nariz” quando se olha no espelho. Pergunta seguidamente a pessoas com quem tem intimidade se elas percebem como seu nariz é “desproporcional”. Há dias em que se olha no espelho e percebe que seu nariz está “menor” do que estava “prevendo” enxergar; em outros, encontra ainda outros “defeitos”, como pelos internos grandes demais. Diz que veio ao psiquiatra também por insistência da família, pois seu problema não pode ser resolvido por esse especialista. Descreve-se como uma pessoa de grande “senso estético” em várias áreas de sua vida, no modo de se vestir, na decoração de sua casa, na escolha de uma namorada.

atenção ou informações da mídia sobre determinada patologia. A hipocondria está atualmente classificada nos transtornos somatoformes e, apesar da discussão recente a respeito de ela ser classificada como um transtorno relacionado ao TOC, não se achou que essa fosse a decisão mais acertada. Por sua heterogeneidade, a HIP apresenta aspectos que poderiam ser parte de um espectro de ansiedade (mas não necessariamente do TOC), de um espectro somatoforme ou de um espectro depressivo.^{18,41}

A preocupação em ter uma doença grave torna-se persistente, apesar de resultados de exames e opiniões médicas contrários ou de comprovação de boa saúde, causando sofrimento pessoal, problemas familiares, ocupacionais e sociais. Os “sinais de doença” podem ter como base a interpretação errada de características somáticas normais (cadeias de linfonodos, taquicardia funcional), de pequenas alterações físicas não perigosas (hipotensão pos-

tural, um linfonodo inchado, alguma pequena lesão de pele) ou de sensações vagas (pulmões cansados). Por esse motivo, vigilância somática excessiva, parecida com a encontrada no transtorno de pânico, e até mesmo no TOC (p. ex., associada a medo de contaminação), é uma característica típica. Os pacientes relacionam esses “sinais” a doenças graves, como câncer ou meningite, e buscam de modo intenso uma etiologia, explicações e autenticidade para suas queixas.⁴¹

As preocupações são geralmente acompanhadas por uma série de comportamentos que têm a intenção de “encontrar o diagnóstico” ou prevenir a possível doença. O paciente pode de ir a médicos com frequência, realizar exames, buscar informações sobre a doença temida (procurar na internet), realizar autoexames (palpações, observação do hábito intestinal ou de outras sensações e situações da fisiologia corporal normal) ou adotar comportamentos

EXEMPLO

Caso 3 – B, 50 anos, preocupa-se por ter cabelos ondulados, os quais mantém sempre penteados e faz diversos tratamentos para torná-los o mais “lisos” possível; olha-se no espelho procurando ondulações sempre que pode e por vezes se atrasa para compromissos buscando o que sente como perfeito. Em situações sociais, sente que as pessoas “sabem” que seu cabelo na verdade não é liso e que estão sempre olhando para ela. Não acha que seu cabelo deva ser como o de alguma outra pessoa ou artista, e sim corresponder a um padrão definido por ela mesma. Não julga outras pessoas por seu cabelos, mas a si mesma como acha que os outros a enxergam.

evitativos de exposição a situações que poderiam estar relacionadas à doença temida. Tal preocupação frequentemente se torna o tópico predominante das conversas sociais, sobretudo quando os pacientes encontram pessoas da área da saúde. Por vezes, pode ocorrer um comportamento “inverso”, em que o paciente pensa de modo obsessivo na doença temida, mas evita o médico com medo de confirmar seu temor.

Existem semelhanças entre a HIP e o TOC: ambos apresentam como sintomas pensamentos repetitivos, desagradáveis, difíceis de serem relevados e que supervvalorizam o risco e comportamentos com o intuito de “prevenir” um futuro dano. Todavia, esses são funcionários que podem ser vistos também (e guardadas as devidas particularidades) no transtorno de pânico e no transtorno de ansiedade generalizada.

Com frequência, o quadro todo se agrava quando uma pessoa próxima é diagnosticada com determinada doença, em especial se for uma doença grave: câncer, doenças cerebrais, doenças infecciosas (meningite, hepatite aguda). O paciente geralmente refere estar sentindo os mesmos sintomas do doente. Em estudantes de medicina, o contato mais direto com pacientes, o qual costuma ocorrer na metade do curso, seguidamente é acompanhado do

surgimento de sintomas e de medos, que podem chegar a convicções de ter a mesma doença do indivíduo com o qual mantiveram contato no hospital.

Na busca pela “investigação” de seus sintomas, o paciente costuma procurar vários médicos, muitas vezes estabelecendo dificuldades na relação médico-paciente e por vezes sendo submetido a procedimentos desnecessários ou até mesmo procedimentos que acabam apresentando riscos elevados diante de sua indicação desnecessária.

Evidências a respeito do tratamento farmacológico da HIP são escassas. As que existem apontam para o benefício do uso de antidepressivos IRS, independentemente de a HIP estar ou não associada a depressão.

Embora em pequeno número, alguns estudos e uma metanálise verificaram que os pacientes hipocondríacos respondem a terapias cognitivas, comportamentais de exposição e prevenção de resposta (EPR) e cognitivo-comportamentais.^{42,43} Muitas das técnicas de TCC usadas no TOC podem ser utilizadas e adaptadas à HIP. A seguir, serão descritos alguns passos importantes da TCC para HIP.⁴¹

Psicoeducação > Nessa fase inicial do tratamento, o paciente deve aprender a diferença

entre a ansiedade normal e protetora e a excessiva, que caracteriza a HIP. Também deve ser ensinado a respeito de sensações fisiológicas normais que ele entende como indicadores de perigo, as quais devem ser esclarecidas como fazendo parte do funcionamento do organismo, inclusive com discussões sobre a fisiologia de cada uma delas. O modelo cognitivo da HIP precisa ser explicado ao paciente, que deve entender que a preocupação aumenta a vigilância corporal que, por sua vez, “alimenta” o circuito de ansiedade.

Reestruturação cognitiva ► Na reestruturação cognitiva, o paciente aprende a pensar com mais racionalidade acerca de suas emoções e seus pensamentos sobre “doença”. Nessa parte da terapia, são utilizadas técnicas que ensinam a examinar as evidências contra e a favor da hipótese de ter uma doença ou a favor de que tem saúde, a reconhecer evidências contrárias ao seu pensamento, a se basear em ex-

periências passadas e em dados da realidade e a entender e identificar as bases de suas crenças.

Exposição e prevenção de resposta ► Expor-se aos medos temidos, enfrentá-los, abandonar comportamentos de esquiva são atitudes que constituem uma parte importante do tratamento de transtornos em que há ansiedade. Na HIP, três tipos de exposição podem ser realizados:

- exposição *in vivo*: o paciente enfrenta situações como estar em um hospital, entrar em contato com pessoas com a doença temida (p. ex., câncer), assistir a programas de televisão ou ver notícias sobre a doença;
- exposição imaginária: o paciente enfrenta os medos em seu próprio pensamento, cria histórias sobre a situação temida, (p. ex., imagina-se doente, as possibilidades que teria, etc.);

EXEMPLO

Caso 1 – Funcionário público, 57 anos, separado. Depois que um amigo faleceu de infarto agudo do miocárdio, há 8 meses, passou a ter insônia, palpitações, taquicardia, dor no peito, inquietude, apreensão sobre sua saúde e muito medo de que possa estar sofrendo do mesmo problema. Nesse período, foi três vezes ao cardiologista, que não encontrou anormalidades ao exame físico e à auscultação. Constatou que a pressão arterial estava dentro da normalidade, assim como o eletrocardiograma, o colesterol total e HDL e a glicemia. Embora se tenha tranquilizado momentaneamente, não se convenceu de que não tinha problemas cardíacos, passando a verificar seus batimentos no pulso e também nas carótidas, várias vezes ao dia. Em uma ocasião, sentiu dor no peito e, como o pulso estava elevado, foi à emergência médica, pois tinha praticamente certeza de que estava tendo um infarto. Novamente, se surpreendeu ao ser constatado que não apresentava qualquer problema. Achou por bem interromper a prática de exercícios físicos e caminhadas, com medo do agravamento dos sintomas. Refere que seu pai teve problemas cardíacos dos quais veio a falecer e que sua mãe sofre de ataques de “angina” (sic) desde quando era pequeno.

EXEMPLO

Caso 2 – G, feminina, 40 anos. Após um surto de meningite que foi amplamente debatido em jornais e programas de televisão, a paciente passou a ter dores de cabeça com frequência. Seu maior medo, especialmente quando a dor era mais intensa, era de que pudesse estar desenvolvendo a doença, apesar de ter sido vacinada. Pesquisou na internet tudo sobre meningite, conhecia causas e sintomas e tentava “monitorar” se algum deles aparecia em seu corpo. Também ficara desconfiada de que a vacina que recebera poderia “ter falhado” e de que na verdade estava desprotegida da grave doença. Evitava locais fechados e ficou com muito medo após ter encontrado uma amiga na rua que lhe dissera que estava com febre e dor de cabeça. Após alguns dias, telefonou para ela, inventou um pretexto, mas logo perguntou se sua saúde estava bem, se sua dor de cabeça não havia “evoluído”, afinal, poderia ter entrado em contato com uma pessoa com meningite.

➤ exposição interoceptiva: consiste em métodos que simulem as sensações corporais temidas, para que possam ser enfrentadas, experienciadas e reinterpretadas (p. ex., subir rapidamente uma escada para simular taquicardia, fechar os olhos e imaginar-se cego). Para esse tipo de exercício, é necessário, da mesma forma que em terapias para outros transtornos, motivação e certo grau de tolerância a ansiedade. O objetivo é criar habituação (redução da ansiedade diante da exposição gradual ao estímulo temido); iniciar sempre com as tarefas mais fáceis e eleger depois exposições com graus maiores de dificuldade é sempre uma boa prática.

Dispor do contato de um médico clínico de confiança, com quem o paciente tenha criado bom vínculo, que entenda seu sofrimento, dê atenção às queixas físicas e o tranquilize, com o qual possa fazer consultas regulares sempre que se apresentar algum fato novo, talvez seja a medida mais importante de todas. Fazer os exames necessários, mas não em ex-

cesso, e não submeter o paciente a procedimentos de risco em virtude de seus temores excessivos e insistências são condutas que deverão ser observadas. Essa abordagem também minimiza a troca constante de médicos e a realização de exames desnecessários, assim como descarta a possibilidade de uma doença física que realmente deva ser investigada ou orienta cuidados a serem tomados em relação à saúde.⁴⁴

➤ **GROOMING DISORDERS**

O *grooming* é tido como um comportamento inato, presente na maioria das espécies animais, incluindo o homem. Não há uma tradução exata desse termo para o português. As possíveis traduções encontradas seriam “preparar, enfeitar, arrumar”. Esse comportamento é comumente descrito em mamíferos e pássaros – eles “arrumam” suas coberturas de pele (própria pele, pelos, penas) em uma ordem craniocaudal. O propósito de tal comportamento no mundo animal pode ser variado:

EXEMPLO

Caso 3 – H, masculino, 45 anos. Apresentava muito medo de ficar cego, pois há alguns anos havia sido verificada pressão intraocular aumentada; utilizou medicamentos e controlou a anormalidade, mas mantinha o receito de o tratamento um dia falhar, de desenvolver glaucoma (inclusive referia a si mesmo como “portador de glaucoma”) e evoluir para cegueira. Ficava pensando que sua vida acabaria. Apesar de seu oftalmologista recomendar revisão anual, comparecia ao consultório a cada 3 meses. Às vezes, consultava outro médico, perguntando se não havia algum novo tratamento para “glaucoma”. Evitava qualquer situação que fizesse alusão à falta de visão. Quando o filme *Ensaio sobre a cegueira* foi lançado, ficou muito assustado, não o viu, e evitava locais onde pudesse ter um cartaz sobre ele. Nesse período, passou a fazer doações a uma instituição para cegos carentes (para evitar algum “castigo” futuro). Certa vez, apresentou sintomas de conjuntivite e, diante de sintomas reais, mostrou resistência em ir a seu médico, pois ficou com muito medo de “confirmar” seus temores em relação a doenças oculares.

manter-se limpo, remover detritos ou parasitas, remover odores, promover mobilidade, promover regulação térmica, diminuir irritação, aumentar ou diminuir excitação, entre outros. No entanto, ele pode se tornar patológico nas espécies animais, sendo excessivo e compulsivo e causando lesões ou mesmo automutilações. No *grooming* patológico em animais, há evidências da participação da serotonina, da dopamina e do glutamato em sua fisiopatologia, e algumas alterações genéticas específicas também têm sido demonstradas (nas duas situações têm-se encontrado semelhanças compartilhadas com o TOC).⁴⁵⁻⁵²

Em humanos, três transtornos têm sido descritos como *grooming disorders*: a tricotilomania, o *skin picking* (beliscar a pele, ou transtorno de escoriação, no DSM-5) e a onicofagia, ou *nail biting* (roer unhas).^{53,54}

A tricotilomania está descrita no DSM-IV-TR, sendo definida como um transtorno em que há o hábito recorrente de arrancar cabelos, resultando em área de perda notada e sig-

nificativa. Sua prevalência está entre 1 e 3% em populações não clínicas.⁵⁴

O *skin picking*, ou escoriação patológica, talvez tenha sido mais descrito na literatura dermatológica do que na psiquiátrica. Caracteriza-se pelo hábito repetitivo de manipular de alguma forma a pele, ocasionando lesões significativas. Estima-se que sua prevalência esteja entre 2 e 4% da população.^{17,48}

Embora o hábito de “roer” unhas seja frequente, podendo estar presente em até 45% de certas populações (adolescentes), torna-se patológico quando ocasiona dano e consequente sofrimento, recebendo o nome “onicofagia”. Não se sabe exatamente o quanto desse comportamento se torna patológico. Os danos causados podem ser de ordem cosmética, consistir em infecções paraungueais, danos na gengiva, dentários, na articulação temporomandibular e até em infecções ósseas.⁵⁵⁻⁶⁰

Tanto as GD como o TOC apresentam em comum comportamentos repetitivos e de características compulsivas, mas nas GD não exis-

tem obsessões (pensamentos específicos) precedendo as compulsões. O comportamento pode ser do tipo automático, sem intenção determinada e de forma paralela a outras atividades, ou do tipo focado, quando o paciente desvia a atenção de outras atividades, pensamentos ou afetos para se centrar no comportamento. Enquanto no TOC os comportamentos são sempre dirigidos a “reduzir” emoções desagradáveis, nas GD, por vezes, podem apresentar um componente de gratificação. O TOC e as GD apresentam um significativo grau de comorbidade, além de relação familiar (maior prevalência de GD em familiares de indivíduos com TOC, e vice-versa).¹⁸

No TOC e na TTM, tem sido demonstrado o envolvimento de algumas áreas cerebrais em comum: circuitos corticais, estriatais e talâmicos. Nas regiões amígdalo-hipocampais e do cerebelo são encontradas alterações na TTM e não no TOC.

Há bem menos estudos sobre a farmacoterapia das GD do que sobre a do TOC. As GD também apresentam evidências de resposta a agentes serotonérgicos e dopaminérgicos, mas de forma diferente do TOC, apontam evidências de que podem responder a monoterapia com neurolépticos atípicos, naltrexona e N-acetilcisteína.¹⁸

A literatura sobre o tratamento psicoterápico da GD também é escassa. De forma geral, estudos apontam para a efetividade da terapia comportamental, com resultados superiores aos obtidos com o uso de medicamentos isolados.^{61,62} A modalidade de terapia comportamental denominada “Terapia de reversão de hábitos” (TRH), proposta pelos doutores N. Azrin e R.G. Nunn, para controle desse tipo de comportamento, tem mostrado eficácia.^{63,64} Suas linhas gerais serão descritas a seguir.

Identificar os horários e os locais nos quais o paciente apresenta o grooming > O primeiro passo da TRH é a realização de um “mapa/ro-

teiro” completo de onde e de como ocorre o hábito *grooming*: em que locais (dentro do carro ao dirigir, no quarto, na sala ao assistir à televisão, ao usar o computador), em que horários ele ocorre (fim de tarde, antes de dormir, fins de semana, determinado dia da semana), que situações emocionais (momentos de solidão, tristeza, diante de situações de ansiedade, antes de situações de desempenho, como provas ou trabalhos, em situações de frustração) e que problemas situacionais estão relacionados ao hábito (conflitos interpessoais, conflitos familiares). Essa lista fará parte do tratamento, na medida em que irá direcionar a atenção a momentos e a situações específicas em que as estratégias da TRH deverão ser utilizadas. Também permitirá identificar fatores desencadeantes, para que sejam evitados, ou que se criem condutas alternativas que não o *grooming*.

Realizar uma estatística ou quantificação do hábito > Deverá ser feita uma estatística do hábito, contabilizando o tempo demandado no comportamento *grooming*. Se o paciente apresentar TTM, será possível fazer uma média de quantos fios de cabelo arranca por dia e por semana (guardar os fios arrancados e levar para a terapia); no SP, o número de lesões; e, na onicofagia, o número de dedos comprometidos e a extensão das lesões. Essa estatística será utilizada para observar o progresso do paciente e fatores associados a dias melhores ou dias piores em relação ao hábito, assim como estabelecer metas durante o tratamento (poder-se fazer uma planilha e estabelecer objetivos de redução gradual do *grooming*).

Identificar os movimentos que precedem o grooming > O paciente precisa aprender a perceber os movimentos que iniciam o comportamento, assim como a reconhecer as regiões-alvo de seu comportamento. Na TTM, deve reconhecer a mão que predominantemente arranca os cabelos, perceber como ela inicia o

movimento em direção a seu alvo (cabeça, cílios, etc.); no SP, identificar se o hábito envolve ir ao espelho observar a pele, passar nela a mão buscando identificar saliências, desabotoar a blusa para que a mão chegue às costas, preparar materiais (pequenas agulhas, estiletes, objetos cortantes); na onicofagia, é importante identificar a mão que é mais atingida, se ela inicialmente vai até a boca, se as unhas são danificadas por outras unhas ou por utensílios de manicure.

Desenvolver atividades que dificultem o grooming > O paciente pode, sabendo os momentos críticos, os horários desencadeantes e entendendo como ocorre seu hábito de grooming, desenvolver estratégias que incompatibilizem o comportamento, que o dificultem ou que o tornem mais fácil de ser identificado. Pacientes com TTM podem realizar atividades que ocupem as duas mãos (segurar bolinhas de silicone enquanto assiste à televisão, segurar objetos com as duas mãos, usar luvas do tipo saco e sem os dedos) ou usar um boné em determinada hora do dia. Dessa forma, ao largarem as bolinhas ou retirarem o boné, devem identificar que estão se aproximando do comportamento e adotar estratégias alternativas. Pacientes com onicofagia podem usar luvas, passar um esparadrupo nos dedos ou usar esmalte com gosto de pimenta. O paciente, sabendo que em seu quarto “se concentra” mais em roer unhas, pode se organizar para permanecer na sala, com a família. Situações ou momentos identificados como desencadeantes também devem ser examinados e alternativas, tentadas. Se o paciente sabe que vai manipular sua pele quando está sozinho em casa e com seus sentimentos de solidão aumentados, deve combinar com a família que façam mais atividades juntos ou programar antecipadamente com amigos alguma atividade em momentos críticos.

Manobras reparatórias > Manobras reparatórias podem ser utilizadas após algum dano ou como estratégia alternativa à possibilidade de grooming. Pacientes com TTM podem, em vez de arrancar os cabelos, penteá-los, passar creme, fazer massagem no couro cabeludo (isso também pode ser feito com o auxílio de um familiar ou uma pessoa próxima), ou nos cabelos de uma boneca, nos pelos de um ursinho ou mascote. Pacientes com SP podem também massagear ou passar creme em sua pele.

Treino de relaxamento muscular e respiração abdominal > O paciente pode ser ensinado a realizar movimentos de relaxamento ou respiração abdominal para aliviar os momentos tensão e a vontade/“impulso” do grooming. A respiração abdominal é realizada inspirando com a boca fechada e expirando com a boca aberta, tudo bem lentamente. O relaxamento muscular é feito de forma progressiva: contraem-se os dedos dos pés e as pernas, bem como as coxas; as mãos são fechadas, os antebraços, contraídos sobre os braços, e estes, contra o tórax; joga-se lentamente a cabeça para trás; contraem-se mandíbulas e lábios, todos com o máximo de força e prendendo, até, a respiração por alguns segundos. Após, de forma súbita, soltam-se todos os músculos. A respiração abdominal e o relaxamento podem ser feitos como alternativa ao impulso e também devem ser realizados várias vezes ao dia, mesmo não sendo necessário naquele momento, para que o paciente treine e se habitue a realizá-los quando precisar.

Treino de exposição e a prevenção do impulso > Conforme as etapas anteriores vão ocorrendo de forma mais sistemática e com segurança, podem ser organizadas atividades de exposição e prevenção de resposta. Na TTM, podem-se estender os braços acima da cabeça, segurar por 10 segundos, depois ir aproximan-

do as mãos do cabelos, fazendo-se três paradas de 10 segundos, mas resistindo ao impulso de tocá-los, repetindo-se o exercícios até diminuir a aflição. Técnicas semelhantes, que muitas vezes vão depender da imaginação do terapeuta e do paciente, podem ser adaptadas ao SP e à onicofagia.

Reconhecer progressos > O progresso deve ser reconhecido e gratificado. Técnicas que uti-

lizam a obtenção de pontos, conforme metas
vão sendo atingidas, também podem ser em-
pregadas.

Prevenção de recaídas > A prevenção de recaídas deve ter como referência aqueles momentos inicialmente listados como facilitadores, críticos ou desencadeantes do comportamento. Estar alerta a eles e poder desenvolver comportamentos alternativos será importante.

- A ideia de um espectro obsessivo-compulsivo foi proposta nos anos de 1990 e englobava um grande grupo de transtornos que, à semelhança do TOC, apresentavam comportamentos repetitivos.
 - A proposta inicial era muito ampla, e estudos posteriores verificaram que, embora diversos transtornos inclusos no espectro realmente mostrassem semelhanças, a maioria deles apresentava diferenças significativas.
 - O conceito de espectro OC serviu de base para as modificações no DSM-5 em relação ao TOC e aos transtornos relacionados. O TOC foi separado dos transtornos de ansiedade, constituindo um novo grupo nosográfico de transtornos – “transtorno obsessivo-compulsivo e transtornos relacionados”, englobando, além do TOC, o transtorno dismórfico corporal, o transtorno de acumulação, a tricotilomania e o *skin picking*, que efetivamente apresentam aspectos psicopatológicos semelhantes ao TOC.
 - O TDC é caracterizado por preocupações recorrentes sobre defeitos físicos imaginários ou por preocupação desmedida diante de pequenas imperfeições ou assimetrias corporais. Embora compartilhe sintomas semelhantes aos do TOC, também apresenta cognições e comportamentos que se assemelham aos da fobia social. O paciente demonstra atenção focada em determinadas partes corporais e produz cognições e emoções a partir de uma “imagem interna” que faz de si e que é incongruente com a imagem real ou com aspectos de sua aparência. São comuns checagens. Da mesma forma que na fobia social, preocupa-se com a avaliação dos outros em relação à sua aparência e tem comportamentos evitativos. O TDC pode ser tratado com ISRSs (fluoxetina) e com TCC.

- Os pacientes hipocondríacos apresentam pensamentos intrusivos, medos, preocupações e verificações frequentes de sinais ou sintomas de doenças que são muito semelhantes aos do TOC, com a ressalva de que são focados na possibilidade de ter uma doença grave, não obstante o resultado negativo dos exames médicos. A medida mais efetiva para esses paciente é disporem de um médico clínico de confiança, com o qual tenham bom vínculo, que dê atenção às suas queixas físicas, realize novos exames apenas quando necessário e com o qual possam fazer consultas regulares e se tranquilizar, sempre que se apresentar algum fato novo. Há especificidades cognitivas e rituais de checagens que podem ser abordados com TCC. Devem ser utilizadas a psicoeducação, a exposição, a prevenção de respostas e a reestruturação cognitiva para crenças disfuncionais, de forma semelhante ao que é feito no TOC. O trabalho deve ser em conjunto com o médico clínico que seja referência para as queixas físicas, sendo evitandas as trocas de médico e a realização de exames desnecessários.
 - Nas GD, ocorrem pequenas escoriações (arrancar cabelos, beliscar a pele, as cutículas, os lábios, roer unhas, coçar a cabeça ou o globo ocular), que podem ser executadas de modo automático ou focado (com a intenção mais consciente de aliviar sensações ou emoções desagradáveis). Em seu tratamento, podem ser utilizados agentes serotonérgicos e dopaminérgicos, bem como monoterapia com neurolépticos atípicos, naltrexona e N-acetilcisteína, embora inexistam evidências consistentes de eficácia/efetividade dessas abordagens. Também pode ser utilizada uma terapia específica, chamada de reversão de hábitos.

> REFERÊNCIAS

9. Bohne A, Keuthen NJ, Tuschen-Caffier B, Wilhelm S. Cognitive inhibition in trichotillomania and obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther.* 2005;43:923-42.
10. Grant JE, Potenza MN. Compulsive aspects of impulse-control disorders. *Psychiatr Clin N Am.* 2006;29:539-51.
11. Lochner C, Stein DJ. Does work on obsessive-compulsive spectrum disorders contribute to understanding the heterogeneity of obsessive-compulsive disorder? *Prog in Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry.* 2006;30(3):353-61.
12. Lovato L, Ferrão YA, Stein D, Shavitt RG, Fontenelle LF, Vivan A, et al. Skin picking and trichotillomania in adults with obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry.* 2012;53(5):562-8.
13. Dell'Osso B, Altamura C, Allen A, Marazziti D, Hollander E. Epidemiologic and clinical updates on impulse control disorders: a critical review. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2006;256:464-75.
14. Greer JM, Capecchi MR. Hoxb8 is required for normal grooming behavior in mice. *Neuron.* 2002;33:23-34.
15. Phillips KA, Pinto A, Menard W, Eisen JL, Mancebo M, Rasmussen SA. Obsessive-compulsive disorder versus body dysmorphic disorder: a comparison study of two possibly related disorders. *Depress Anxiety.* 2007;24(6):399-409.
16. Buhlmann U, Etcoff NL, Wilhelm S. Facial attractiveness ratings and perfectionism in body dysmorphic disorder and obsessive-compulsive disorder. *J Anxiety Disord.* 2008;22:540-7.
17. Stein DJ, Fineberg NA, Bienvenu J, Denys D, Lochner C, Nestadt G, et al. Should OCD be classified as an anxiety disorder in DSM-V? *Depress Anxiety.* 2010;27:495-506.
18. Phillips KA, Stein DJ, Rauch SL, Hollander E, Fallon BA, Barsky A, et al. Should an obsessive-compulsive spectrum grouping of disorders be included in DSM-V? *Depression Anxiety.* 2010;27:528-55.
19. Grant JE, Odlaug BL. Update on pathological skin picking. *Curr Psychiatry Rep.* 2009;11:283-8.
20. Spiegel DR, Finklea L. Pathological Skin Picking: a potential neurobiological underpinning of the efficacy of pharmacotherapy in impulse control disorders. *Psychiatry.* 2009;6(2):38-42.
21. Bohne A, Keuthen NJ, Wilhelm S, Deckersbach T, Jenike MA. Prevalence of symptoms of body dysmorphic disorder and its correlates: a cross-cultural comparison. *Psychosomatics.* 2002;43:486-90.
22. Faravelli C, Salvatori S, Galassi F, Aiazzi L, Drei C, Cabras P. Epidemiology of somatoform disorders: a community survey in Florence. *Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 1997;32:24-9.
23. Otto MW, Wilhelm S, Cohen LS, Harlow BL. Prevalence of body dysmorphic disorder in a community sample of women. *Am J Psychiatry.* 2001;158:2061-3.
24. Bohne A, Wilhelm S, Keuthen NJ, Florin I, Baer L, Jenike MA. Prevalence of body dysmorphic disorder in a German college study sample. *Psychiatry Res.* 2002;109:101-4.
25. Cansever A, Uzun O, Donmez E, Ozsahin A. The prevalence and clinical features of body dysmorphic disorder in college students: a study in a Turkish sample. *Compr Psychiatry.* 2003;44:60-4.
26. Szepietowski J, Pacan P. Body dysmorphic disorder: a case report. *Dermatol Estetyczna.* 2003;5:42-4.
27. Thomas I, Patterson WM, Szepietowski JC, Janniger CK, Hendel PM, Schwartz A, et al. Body dysmorphic disorder: more than meets the eye. *Acta Dermatovenerol Croat.* 2005;13:50-3.
28. Phillips KA. What physicians need to know about body dysmorphic disorder. *Med Health RI.* 2006;89:175-7.
29. Phillips KA, Pagano ME, Menard W, Stout RL. A 12-month followup study of the course of body disorder. *Am J Psychiatry.* 2006;163:907-12.
30. Eisen JL, Phillips KA, Coles ME. Insight in obsessive compulsive disorder and body dysmorphic disorder. *Compr Psychiatry.* 2004;45:10-5.
31. Phillips KA, Pinto A, Menard W, Eisen JL, Mancebo M, Rasmussen SA. Obsessive-compulsive disorder versus body dysmorphic disorder: a comparison study of two possibly related disorders. *Depress Anxiety.* 2007;24(6):399-409.
32. Philips KA. Suicidality in body dysmorphic disorder. *Prim Psychiatry.* 2007;14(12):58-66.
33. Veale D, Gournay K, Dryden W, Boocock A, Shah F, Willson R, et al. Body dysmorphic disorder: a cognitive behavioural model and pilot randomized controlled trial. *Behav Res Ther.* 1996;34(9):717-29.
34. Williams J, Hadjistavropoulos T, Sharpe D. A meta-analysis of psychological and pharmacological treatments for body dysmorphic disorder. *Behav Res Ther.* 2006;44:99-111.
35. Phillips KA, Didie ER, Feusner J, Wilhelm S. Body dysmorphic disorder: treating an under recognized disorder. *Am J Psychiatry.* 2008;165(9): 1111-8.
36. Phillips KA. Treating body dysmorphic disorder with medication: evidence, misconceptions, and a suggested approach. *Body Image.* 2008;5(1):13-27.
37. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Obsessive compulsive disorder: core interventions in the treatment of obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder. National Clinical Practice Guideline. 2006;31. Publicado por British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists.
38. Veale D. Advances in a cognitive behavioural model of body dysmorphic disorder. *Body Image.* 2004;1:113-25.
39. Phillips KA, Rogers J. Cognitive-behavioral therapy for youth with body dysmorphic disorder: current status and future directions. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* 2011;20(2):287-304.

40. Wilhelm S, Phillips KA, Fama JM, Greenberg JL, Steketee G. Modular cognitive-behavioral therapy for body dysmorphic disorder. *Behav Ther.* 2011;42(4):624-33.
41. Abramowitz JS, Braddock AE. Hypochondriasis: conceptualization, treatment, and relationship to obsessive-compulsive disorder. *Psychiatr Clin N Am.* 2006;29:503-19.
42. Visser S, Bouman TK. The treatment of hypochondriasis: exposure plus response prevention vs. cognitive therapy. *Behav Res Ther.* 2001;39:423-42.
43. Barsky AJ, Ahern DK. Cognitive behavioral therapy for hypochondriasis: a randomized controlled trial. *JAMA.* 2004;291:1464-70.
44. Toy EC, Klamen DK. Casos clínicos em psiquiatria. Porto Alegre: Artmed; 2009. p. 247.
45. Sachs BD. The development of grooming and its expression in adult animals. *Ann NY Acad Sci.* 1988;525:1-17.
46. Novo Michaelis dicionário ilustrado: inglês-português. 27. ed. São Paulo: Melhoramentos; 1981.
47. Greer JM, Capecchi MR. Hoxb8 is required for normal grooming behavior in mice. *Neuron.* 2002;33(1):23-34.
48. Feusner J, Hembacher E, Phillips KA. The mouse who couldn't stop washing: pathologic grooming in animals and humans. *CNS Spectr.* 2009;14(9):503-13.
49. Hewson CJ, Luescher UA, Parent JM, Conlon PD, Ball RO. Efficacy of clomipramine in the treatment of canine compulsive disorder. *J Am Vet Med Assoc.* 1998;213(12):1760-6.
50. Wynchanck D, Berk M. Fluoxetine treatment of acral lick dermatitis in dogs: a placebo-controlled randomized double blind trial. *Depress Anxiety.* 1998;8(1):21-3.
51. Goodman WK, McDougle CJ, Price LH, Riddle MA, Pauls DL, Leckman JF. Beyond the serotonin hypothesis: a role for dopamine in some forms of obsessive-compulsive disorder? *J Clin Psychiatry.* 1990;51(Suppl):36-43.
52. Welch JM, Lu J, Rodriguez RM, Trotta NC, Peca J, Ding JD, et al. Cortico-striatal synaptic defects and OCD-like behaviours in Sapap3-mutant mice. *Nature.* 2007;448(7156):894-900.
53. Hollander E, Braun A, Simeon D. Should OCD leave the anxiety disorders in DSM-V? The case for obsessive-compulsive-related disorders. *Depress Anxiety.* 2008;25:317-29.
54. Christenson GA, Pyle RL, Mitchell JE. Estimated lifetime prevalence of trichotillomania in college students. *J Clin Psychiatry.* 1991;52(10):415-7.
55. Pacan P, Grzesiak M, Reich A, Szepietows JC. Onychophagia as a spectrum of obsessive-compulsive disorder. *Acta Derm Venereol.* 2009;89: 278-80.
56. Leung AK, Robson WL. Nailbiting. *Clin Pediatr (Phila).* 1990;29:690-2.
57. Lee DY. Chronic nail biting and irreversible shortening of the fingernails. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2009;23:185.
58. Baydas B, Uslu H, Yavuz I, Ceylan I, Dagsuyu IM. Effect of a chronic nail-biting habit on the oral carriage of Enterobacteraceae. *Oral Microbiol Immunol.* 2007;22:1-4.
59. Williams TI, Rose R, Chisholm S. What is the function of nail biting: an analog assessment study. *Behav Res Ther.* 2006;45:989-95.
60. Tosti A, Peluso AM, Bardazzi F, Morelli R, Bassi F. Phalangeal osteomyelitis due to nail biting. *Acta Derm Venereol.* 1994;74:206-7.
61. Ninan PT, Rothbaum BO, Marsteller FA. A placebo-controlled trial of cognitive-behavioral therapy and clomipramine in trichotillomania. *J Clin Psychiatry.* 2000;61:47-50.
62. Van Minnen A, Hoogduin KA, Keijsers GP. Treatment of trichotillomania with behavioral therapy or fluoxetine. *Arch Gen Psychiatry.* 2003;60:517-22.
63. Azrin NH, Nunn RG. Habit-reversal: a method of eliminating nervous habits and tics. *Behav Res Ther.* 1973;11(4):619-28.
64. Azrin NH, Nunn RG, Frantz SE. Treatment of hair pulling (trichotillomania): a comparative study of habit reversal and negative practice training. *J Behav Ther Exper Psychiatry.* 1980;11:13-20.

20

CRISTIANE FLÓRES BORTONCELLO
JULIANA BRAGA GOMES
DANIELA TUSI BRAGA
LUCIANO ISOLAN
ARISTIDES VOLPATO CORDIOLI

O TOC na infância e na adolescência

OBJETIVOS

- Identificar as manifestações do transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) em crianças e adolescentes.
- Realizar a avaliação de crianças e adolescentes com TOC.
- Avaliar a gravidade dos sintomas e a interferência deles nas rotinas do paciente e da família.
- Estabelecer o diagnóstico do TOC em crianças e adolescentes e fazer o diferencial com outros transtornos que apresentam sintomas semelhantes.
- Avaliar a participação da família nos sintomas do paciente.
- Conhecer o uso de medicamentos no TOC na infância e na adolescência.
- Avaliar os fatores associados à resposta ao tratamento farmacológico e em especial à terapia cognitivo-comportamental (TCC).
- Conhecer as técnicas comportamentais e cognitivas utilizadas no tratamento do TOC em crianças e adolescentes.

O TOC é muito comum na infância e sobretudo na adolescência pela simples razão de que na maioria das vezes ele inicia nessas faixas etárias, eventualmente muito cedo, antes mesmo dos 2 anos. Se o TOC pode ter um impacto profundo na vida de pessoas adultas e na de suas famílias, esse impacto pode ser ainda maior em uma criança em pleno desenvolvimento ou em períodos críticos, como a adolescência. Atividades rotineiras, como alimentar-se, vestir-se, dormir, ir à escola, participar de esportes e atividades, fazer os deveres de casa e até mesmo as atividades prazerosas, como brincar com outras crianças, podem ser acentuadamente alteradas pela doença. As próprias crianças com TOC percebem seu comportamento como estranho e diferente do comportamento dos seus pares, sentem vergonha, e muitas vezes precisam disfarçar ou se esconder para executar seus rituais compulsivos. Algumas vezes, não conseguem usar o banheiro da escola, aproximar-se dos colegas, para evitar qualquer possibilidade de contato físico, e temem que possam estar ficando “loucas”. Como regra, nessas fases da vida, o TOC acarreta sofrimento significativo, interfere no rendimento escolar, nas relações sociais e, sobretudo, no funcionamento familiar. Não raro, os

sintomas são muito graves e incapacitantes e vêm acompanhados de medos acentuados que podem chegar a ataques de pânico, impedindo, por exemplo, a criança ou o adolescente de frequentar a escola ou de conviver com os colegas.

Mesmo sendo altamente prevalente em crianças e adolescentes, o TOC, muitas vezes, não é percebido pela família, o que acaba ocasionando um longo período entre o início dos sintomas e a procura do tratamento. Uma das dificuldades para a identificação precoce reside no fato de o início do TOC em geral ser insidioso, o que o faz muitas vezes ser percebido apenas quando já está interferindo gravemente na rotina da criança. Em razão disso, poucos familiares são capazes de apontar o exato momento em que a criança apresentou os primeiros sintomas.¹ Como consequência, o transtorno é ainda raras vezes diagnosticado nessa faixa etária. Além disso, para os pais, é difícil separar o que é um comportamento normal do que é claramente excessivo, e muitas vezes só irão se dar conta de que está ocorrendo algo de errado quando os sintomas já estão graves, por exemplo, quando seu filho demora várias horas no banho, leva muito tempo para se vestir, não quer mais dormir sozinho ou então repete inúmeras vezes a mesma pergunta. Em muitas crianças e em adolescentes, o primeiro sinal ocorre na escola, quando os pais são chamados em razão de comportamentos estranhos, como se isolar dos colegas na hora do recreio, não querer mais brincar na caixa de areia ou não querer mais usar o banheiro. Essas manifestações costumam ser acompanhadas de clara queda no rendimento escolar e, eventualmente, de recusa em ir às aulas.

Um estudo realizado em nosso meio com alunos do ensino médio verificou que apenas 9,3% dos que foram diagnosticados com TOC sabiam da doença, e entre estes, apenas 6,7% haviam realizado algum tratamento, ou seja,

mais de 90% desconheciam o fato de ter TOC.² É desnecessário salientar que o diagnóstico e o tratamento precoces são essenciais para se impedir o agravamento dos sintomas, aumentar as chances de uma remissão completa e evitar que anos de vida sejam desperdiçados com obsessões e rituais compulsivos. Destaca-se, ainda, que o TOC pediátrico com frequência está associado a comorbidades como tiques ou transtorno de Tourette, depressão, transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH), transtorno desafiador de oposição (TDO) e transtorno de comportamento dirutivo, configurando uma situação muitas vezes bastante complexa e de difícil manejo.³⁻⁵

O TOC na infância tem muitas semelhanças com o TOC de adultos, mas apresenta algumas diferenças. O TOC de início precoce (antes da puberdade) ocorre mais em meninos, tem alto índice de comorbidades com transtornos afetivos, tiques e TDAH e está associado a uma maior herdabilidade genética. São mais comuns obsessões de conteúdo agressivo, como o medo de causar ferimentos, medo de separação, compulsões não acompanhadas de obsessões (alinhamento/simetria, repetições), bem como o envolvimento de outros membros da família nos rituais. Os pacientes pediátricos geralmente apresentam pouco *insight* sobre a natureza de suas obsessões, o que, associado a dificuldade de expressão verbal, o que torna o diagnóstico mais difícil.⁶

O TOC em crianças e adolescentes causa muita interferência no funcionamento familiar. Os rituais compulsivos alteram a rotina da família pela imposição aos demais membros de regras relacionadas ao transtorno, como a restrição ao uso do banheiro, das poltronas, do controle da televisão ou do uso do computador. Essas imposições acabam causando atritos com os irmãos, que sentem ciúmes em razão da maior atenção dos pais para com o irmão acometido pela doença, ocasionando, em ra-

zão disso, reações de raiva e até agressões ou insultos. Os pais, por sua vez, ficam confusos acerca de como lidar com tais situações, geradas em razão dos sintomas do TOC.

Este capítulo tem como objetivo descrever as manifestações do TOC em crianças e adolescentes, a avaliação da criança com o transtorno, seu diagnóstico de TOC e o diagnóstico diferencial em relação a transtornos com sintomas semelhantes, além da identificação das comorbidades que costumam estar presentes. Será dado destaque para o envolvimento da família nos sintomas OC, bem como descritos os tratamentos cuja eficácia/efetividade tenha sido comprovada para essa faixa etária.

► FASES DO DESENVOLVIMENTO, RITUAIS, PENSAMENTO MÁGICO

Na infância, comportamentos repetitivos, rituais, medos e fobias eventuais fazem parte do desenvolvimento normal e devem ser diferenciados dos sintomas do TOC. Por exemplo, crianças em idade pré-escolar apresentam rituais principalmente nos horários de dormir (formas ritualizadas de dizer “boa noite”, rezas) e se alimentar (dificuldade em misturar os alimentos), bem como demora no banho. Esses comportamentos repetitivos tendem a ser ainda mais frequentes entre 2 e 4 anos de idade.⁷ Na idade escolar, rituais permeiam os jogos, que passam a ter regras rígidas, intensamente discutidas e negociadas, frequentemente consumindo mais tempo que a própria brincadeira. São comuns os interesses por coleções (figurinhas, modelos de carros, aviões, acessórios de personagens de filmes como *Harry Potter* ou *O Senhor dos Anéis*).

Na adolescência, são esperados interesses intensos por celebridades, artistas, estilos musicais ou por uma determinada banda, bem como a coleção de objetos, roupas ou lem-

branças de um ídolo. Na maior parte das vezes, essas atividades têm um caráter lúdico, são prazerosas, persistem durante uma determinada fase do desenvolvimento, mas não interferem nas atividades diárias ou prejudicam o desempenho escolar, diferentemente dos rituais obsessivos, que são acompanhados de medos, angústia e evitações.

► AS MANIFESTAÇÕES DO TOC EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES

O TOC é considerado de início precoce, ou na infância, quando surge antes da puberdade, e tardio ou adulto quando surge durante a adolescência ou depois dela.⁸ As manifestações do TOC que surgem durante a adolescência são muito semelhantes às dos adultos.⁹ São comuns obsessões seguidas de rituais compulsivos, comportamentos evitativos, demoras para a realização de certas tarefas, repetições e hipervigilância. Os sintomas mais comuns são os medos de contaminação seguidos de compulsões por limpeza e lavagens (p. ex., não dividir um lanche, evitar utilizar o banheiro da escola ou da casa de um amigo por considerar nojento/sujo, efetuar lavagens excessivas e ritualizadas das mãos) e dúvidas seguidas de verificações ou de perguntas repetidas, ou da necessidade de confirmações (p. ex., telefonar várias vezes para os pais quando estes viajam para se certificar de que nada de horrível aconteceu; verificar a porta para ter certeza de que está trancada; checar se os materiais estão na mochila), seguidos, muitas vezes, por evitações (p. ex., não chegar perto dos colegas, não usar o banheiro do colégio).

Também são comuns preocupações com simetria, alinhamento ou exatidão (p. ex., sensação de que as coisas não estão no devido lugar) ou simplesmente a necessidade de refazer várias vezes, para que fiquem perfeitas ou

completas (p. ex., os temas de casa, passar a limpo várias vezes as anotações de aula ou os cadernos, reler inúmeras vezes uma página ou um parágrafo para ter certeza de que captou tudo ou de que a letra está perfeita). Podem, ainda, estar presentes pensamentos de conteúdo indesejado e repugnante (p. ex., medo de dizer involuntariamente algo obsceno ou de xingar outras pessoas, medo de ser responsável por desgraças, como provocar um desastre de carro ou a queda de avião por ter pensado ou sonhado).

Outra dimensão presente no TOC de crianças e adolescentes é a acumulação compulsiva (p. ex., brinquedos quebrados ou estragados, objetos sem valor, como etiquetas ou roupas que não servem, e até mesmo cadernos e folhas velhas, embalagens de suco, chocolate, papel do lanche, com dificuldade em descartá-los). Um estudo verificou que os meninos apresentavam mais obsessões de conteúdo sexual indesejado (34 vs. 18%), e as meninas, mais compulsões por acumular.⁹

No TOC de início precoce, ou na infância, são mais comuns do que nos adultos os comportamentos repetitivos semelhantes a tiques, como tocar, esfregar, dar pancadinhas, piscar os olhos ou olhar fixamente. Essas compulsões em geral não são precedidas por obsessões, mas apenas por uma sensação de desconforto ou tensão física na pele, nos músculos e nas articulações a qual necessita ser aliviada ou descarregada, ou por um sentimento de urgência do tipo “tenho que...” ou “tem que...” descrito pelos pacientes como uma “agonia” que é aliviada com a realização de tais compulsões. Essas sensações são denominadas “fenômenos sensoriais”, e são descritas no Capítulo 1 (p. 17).

Como nos adultos, são comuns, nas crianças, as compulsões mentais: “atos” mentais como contar, repetir palavras, anular um pensamento “ruim” tendo um pensamento “bom”,

com a finalidade de reduzir a ansiedade e o desconforto. Uma vez que são realizadas em silêncio, muitas vezes passam despercebidas aos familiares e às demais pessoas.

► PREVALÊNCIA E INCIDÊNCIA DO TOC DE INÍCIO PRECOCE OU TARDIO

A prevalência do TOC na infância e na adolescência é bastante elevada, pois dois terços dos adultos iniciam seus sintomas ainda na infância.¹⁰ Estudos epidemiológicos têm encontrado uma prevalência do TOC para toda a vida em crianças e adolescentes que varia de 1 a 4%.^{11,12} Outro estudo, já citado e realizado em nosso meio com 2.323 adolescentes de 14 a 17 anos, alunos do ensino médio, encontrou uma prevalência de TOC atual de 3,3%.² Essas taxas são levemente mais elevadas do que as observadas em adultos, as quais variam de 1,6 a 3,1%.¹³

Parece haver dois picos de incidência do TOC durante a vida: um ocorrendo em crianças pré-adolescentes e outro no início da vida adulta (idade média de 21 anos).¹⁴ Um estudo multicêntrico com uma amostra de 842 pacientes clínicos, realizado em nosso meio (C-TOC), verificou que o início dos sintomas ocorreu um pouco mais cedo nos homens, em média aos 12,4 anos, e um pouco mais tarde nas mulheres, aos 12,7 anos, em média.¹⁵

O TOC de início precoce apresenta algumas diferenças em relação ao que se inicia na adolescência ou na idade adulta. Os meninos são mais afetados pelo TOC infantil ou de início precoce, na proporção de 2 a 3:1, que se altera para 1:1,35 depois da puberdade;^{8,16,17} têm uma incidência familiar maior do que o TOC de início na idade adulta;¹⁷ está associado a sintomas mais graves e persistentes e a um curso crônico.¹⁸

➤ AVALIAÇÃO DA CRIANÇA OU DO ADOLESCENTE COM TOC

As crianças, na imensa maioria das vezes, mesmo quando estão apresentando grande sofrimento, não têm uma ideia exata do que está ocorrendo. Como regra, são os pais ou os professores os primeiros a perceber que está havendo algo de errado. Frequentemente, por vergonha, elas escondem seus sintomas, e os pais podem levar bastante tempo para perceber o problema. Cabe a eles a decisão de buscar ajuda e de convencer a criança a aceitar ser avaliada por um profissional.

A avaliação normalmente é feita em uma ou mais entrevistas de anamnese, nas quais, além da obtenção de informações, são aplicados questionários e escalas, como a Children's Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (CY-BOCS), o Inventário de Depressão Infantil (CDI) e a Escala de Estresse Infantil (ESI). Em crianças menores, a primeira entrevista costuma ser feita apenas com os pais, para colher o maior número de informações possível, e posteriormente com a criança, com o uso de desenhos, brinquedos e questionamentos adequados para a faixa etária. Em crianças maiores, que têm boa comunicação, a entrevista inicial pode ser feita com a própria criança ou o adolescente, e, em um segundo momento, com os pais, deixando o paciente inteiramente à vontade para realizar a entrevista acompanhado ou não pelos familiares. Estes, por sua vez, podem trazer informações mais precisas sobre o início dos sintomas e sobre a interferência nos estudos, na rotina da família e na vida social da criança; portanto, é indispensável que em algum momento da avaliação inicial os pais sejam entrevistados, para que sejam abordadas tais questões. É importante lembrar que na infância e na adolescência são comuns obsessões sobre as quais o paciente se sente envergonhado e constrangido para falar diante dos

pais e que, em razão desses sintomas, muitas vezes, preferirá realizar a entrevista sem a presença de outras pessoas.

É fundamental que o profissional mescle sessões com o paciente e com o familiar e que reserve momentos em conjunto (pais e paciente); deve ser explicado tanto à criança quanto ao adolescente que o conteúdo que eventualmente lhes seja constrangedor não será abordado com os pais, sendo sempre mantido o sigilo.

Algumas das questões a serem esclarecidas na avaliação inicial da criança ou do adolescente podem ser abordadas com base neste roteiro:

- Os sintomas atuais: quais são (repassar as dimensões do TOC; o início e o curso; os episódios anteriores e a presença de eventos desencadeantes).
- Gravidade dos sintomas, interferência nas atividades diárias, no rendimento escolar e o tempo consumido pelos rituais.
- Diagnóstico e diagnóstico diferencial do TOC.
- Outros problemas médicos ou psiquiátricos atuais ou no passado: presença ou não de comorbidades.
- Os tratamentos já realizados (antiobsessivos e/ou TCC) e a resposta obtida.
- O TOC e a família: acomodação familiar (AF).
- Grau de *insight* e déficits cognitivos.

➤ OS SINTOMAS ATUAIS DO PACIENTE E A AVALIAÇÃO DA GRAVIDADE

O objetivo inicial da entrevista com os pais ou com o próprio paciente é esclarecer a situação atual (e passada) ou os motivos que determinaram a busca do tratamento e obter uma descrição (o mais detalhada possível) das mani-

festações do TOC: obsessões (medos), rituais compulsivos, compulsões mentais e evitações. É interessante repassar as principais dimensões de sintomas, como descrito no início do capítulo, perguntando quando iniciaram, se modificaram ao longo do tempo e quais sintomas estão presentes no momento. No caso dos adolescentes, o levantamento pode ser complementado com o preenchimento da lista de sintomas (Formulário 2, p. 416-425). Com crianças menores, a lista poderá auxiliar na “varredura” inicial sobre os diversos sintomas do TOC; contudo, uma lista específica deverá ser elaborada diretamente com elas, os familiares e a escola.

Ainda na avaliação do quadro atual, o profissional deve avaliar a gravidade dos sintomas, a interferência deles na rotina, o grau de comprometimento funcional (acadêmico) e social, bem como o tempo que os sintomas tomam ao longo do dia.

PREJUÍZOS NO RENDIMENTO ESCOLAR

Os pais e os professores podem dar informações sobre a interferência dos sintomas no desempenho escolar (falta às aulas, queda no rendimento escolar, dificuldades para fazer os temas de casa, mudanças de comportamento na escola e em casa), indicativos de sofrimento, angústia ou medo. Os históricos escolares fornecem uma medida bastante objetiva sobre gravidade da doença e seu impacto nessa esfera. O prejuízo educacional expresso em notas baixas, necessidade de ajuda extra ou de turma especial indica gravidade e urgência no tratamento, para evitar prejuízos ainda maiores, como a repetência.

ESCALAS PARA AVALIAR A GRAVIDADE DOS SINTOMAS

Na avaliação da gravidade dos sintomas obsessivo-compulsivos (OC) dos adolescentes, a par-

tir dos 14 anos, podem ser aplicadas as mesmas escalas utilizadas em adultos, como a Escala de Sintomas Obsessivo-compulsivos Yale Brown (Y-BOCS) (aplicada pelo entrevistador) e o Inventário de Obsessões e Compulsões – Revisado (OCI-R) (autorrespondido), sendo que essa última, além de um escore global, pontua também dimensões. Essas escalas, em geral preenchidas no fim da avaliação inicial e depois periodicamente, são utilizadas para avaliar a resposta aos tratamentos farmacológico e psicoterápico (TCC) (Formulários 3, p. 426-429, e 4, p. 430-431).

Em crianças menores, utiliza-se a CY-BOCS, devendo ser aplicada pelo entrevistador com o cuidado de utilizar exemplos pertinentes à faixa etária, relatados pela própria criança ou por seus pais. Para graduar, podem-se utilizar uma faixa de escores de 0 a 10 ou o termômetro do medo, que faz uma avaliação dos níveis de gravidade, descrito mais adiante.

> O DIAGNÓSTICO E O DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DO TOC

OS CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS

Os critérios do *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (DSM) para o TOC em crianças são os mesmos dos adultos (ver Cap. 2), exceto pela não exigência de que a criança reconheça que suas obsessões ou compulsões são excessivas (*insight*). A não exigência desse critério reflete achados da literatura de que cerca de 30 a 50% das crianças têm a crítica em relação aos sintomas parcial ou totalmente comprometida.^{19,20}

Para a confirmação do diagnóstico de TOC, é importante avaliar, além da presença de obsessões e/ou compulsões, o quanto os sintomas causam acentuado sofrimento, consomem tempo (p. ex., o DSM-IV-TR exige que as obsessões ou os rituais estejam presentes em

pelo menos 1 hora por dia) ou interferem de forma significativa nas rotinas diárias, no desempenho escolar e nos relacionamentos sociais ou interpessoais.²¹

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

No estabelecimento do diagnóstico, é importante diferenciar os sintomas OC de outros transtornos que também se manifestam por preocupações (obsessões) e comportamentos compulsivos. Entre os quadros com os quais é comum o TOC ser confundido e dos quais deve ser diferenciado estão:

- tiques e transtorno de Tourette;
- TDAH;
- transtorno do controle dos impulsos (tricotilomania, comportamentos automutilativos);
- transtornos cognitivos e do desenvolvimento (transtornos globais do desenvolvimento, autismo, transtorno de Asperger, síndrome de Prader-Willi);
- transtornos neuropsiquiátricos associados a infecções por estreptococo.

COMORBIDADES

Crianças com TOC são mais propensas a ter transtornos psiquiátricos comórbidos. Deve-se investigar com os pais e com a própria criança se ela já apresentou outros problemas psiquiátricos e se já fez ou vem fazendo tratamentos. Identificar essas comorbidades antes do início da TCC e tratá-las antes ou durante a terapia, se for o caso, pode melhorar os resultados do tratamento. Um estudo com 96 crianças e adolescentes verificou que pelo menos 74% deles preenchiam critérios para pelo menos uma comorbidade. O número de comorbidades apresentou correlação negativa com os resultados da TCC. A presença de TDAH, depressão maior e transtorno de comportamento disruptivo teve um impacto negativo na res-

posta ao tratamento, que não foi afetado pela presença de tiques.²² Outro estudo, com 75 pacientes crianças e adolescentes, verificou que 36% deles tinham um ou mais diagnósticos em Eixo I; 10,7% apresentavam depressão; 9,3% apresentavam tiques; 6,7%, transtorno do espectro do autismo; 4%, transtorno de Tourette; 2,7%, transtorno da alimentação; 2,7%, TDO; 2,7%, outros transtornos de ansiedade; e 2,7%, transtorno de ansiedade de separação.²³

Como em adultos, em adolescentes, a depressão é a comorbidade mais comum. Um estudo recente verificou que 16% dos adolescentes com TOC apresentavam depressão associada, que foi mais comum em meninas, estava relacionada a maior gravidade dos sintomas OC, maior comprometimento funcional e maiores níveis de acomodação familiar.²² É importante avaliar se a depressão é manifestação de um transtorno afetivo ou bipolar independente do TOC (os sintomas são anteriores aos do TOC, já aconteceram outras crises, etc.) ou se é consequência dos sintomas OC (quando o TOC é grave e tem consequências graves nos relacionamentos sociais e familiares e no desempenho escolar, é comum que provoque baixa autoestima e depressão). Em adolescentes ou pré-adolescentes, não se deve esquecer de investigar o abuso ou dependência de álcool ou drogas e, entre os transtornos de ansiedade, a ansiedade social.

➤ O TOC E A FAMÍLIA: ACOMODAÇÃO FAMILIAR

Em razão da importância que a família tem para a criança, é inevitável que os sintomas OC tenham repercussões no funcionamento e acabem alterando a rotina familiar. Acomodação familiar refere-se ao envolvimento e à participação dos demais membros da família nos rituais compulsivos, bem como à modificação no cotidiano da família em decorrência dos sin-

tomas do TOC.²⁴ Mais especificamente se refere às ações dos familiares destinadas a facilitar os rituais compulsivos, como providenciar objetos necessários para sua execução (p. ex., grande quantidade de sabonetes, xampu, álcool), atender às exigências do paciente (não entrar em determinada peça para não contaminá-la), executar certas tarefas, como ligar ou desligar a água, dar a descarga no banheiro, ou eximir a criança afetada de certas responsabilidades (arrumar o quarto, lavar a louça).

É muito claro que a AF é motivada pela preocupação dos membros da família em reduzir a angústia e o sofrimento da criança. Acredita-se que tais esforços, em razão do alívio passageiro que provocam, tenham um efeito semelhante ao dos rituais compulsivos e das evitações de impedir a exposição, o enfrentamento do medo e a habituação, contribuindo, portanto, para perpetuar os sintomas.

A AF ocorre em praticamente todas as famílias de crianças com TOC. Storch e colaboradores²⁵ relataram que uma gravidade maior do TOC estava associada a uma maior acomodação familiar, a qual, por sua vez, provocava maior comprometimento funcional. Outro estudo mostrou que a gravidade de vários sintomas da criança, como a das compulsões, do comportamento de oposição e da frequência das lavações, e o nível ansiedade dos pais funcionam em conjunto como preditores de AF.²⁶

Merlo e colaboradores²⁷ verificaram que a redução nos níveis de AF estava associada a melhores resultados na TCC. Com isso em mente, tem sido sugerida a necessidade de incorporar os membros da família no tratamento em um esforço para reduzir a AF. A participação dos familiares pode contribuir para minimizar os sentimentos de culpa, os níveis de hostilidade, o envolvimento emocional excessivo e o criticismo, os quais estão associados a abandono da terapia. Nas sessões, eles são orientados a respeito da forma adequada de manejo dos sintomas, com o objetivo de di-

minuir a AF, diminuição que, por sua vez, está associada a um resultado positivo do tratamento.²⁸⁻³⁰

Nas entrevistas iniciais, o terapeuta deve obter informações a respeito da forma como os familiares se acomodaram aos sintomas e de como as rotinas da família se alteraram depois que a doença começou: no uso de banheiros, dos sofás, acerca da restrição de espaços dentro de casa e da vida social. Algumas situações são críticas, como a hora de deitar-se, de se arrumar para ir ao colégio, à mesa, durante as refeições, no banho, na escovação dos dentes e ao sair para um compromisso social. Para essa avaliação, pode ser utilizada a Escala de Acomodação Familiar – versão entrevistador (FAS-IR), traduzida e adaptada para o português do Brasil por Gomes e colaboradores.³¹ Ela descreve os comportamentos mais comuns de AF, podendo ser administrada na avaliação de adolescentes e adultos.

As seguintes questões devem ser investigadas com os familiares:

- Quais sintomas vocês percebem no seu filho?
- Quais sintomas mais atrapalham a relação de vocês?
- O que acontece quando ele está fazendo um ritual?
- Qual a reação de vocês? O que você já fez que ajudou seu filho?
- Quem dos familiares tem mais habilidade para ajudar a combater o TOC?

➤ GRAU DE INSIGHT E DÉFICITS COGNITIVOS

No contexto do TOC, o termo *insight* refere-se à capacidade do paciente de reconhecer obsessões e compulsões como absurdas, excessivas e irracionais, apesar de frequentemente não resistir aos impulsos de executar rituais.^{21,32}

Crianças e adolescentes com menor *insight* estão menos dispostos a procurar tratamento, e a adesão é menor.³³ Em um estudo com 78 pacientes com TOC pediátrico, Storch e colaboradores⁴ verificaram que 45% deles apresentavam baixos níveis de *insight* em relação a seus sintomas; o grau de *insight* relacionou-se inversamente à gravidade dos sintomas OC; pacientes com menor *insight* eram mais comprometidos pela doença e exigiam mais acomodação dos familiares aos sintomas.³³ Crianças pequenas, de modo geral, apresentam pouco, ou não apresentam, *insight* sobre a natureza dos seus sintomas. Por esse motivo, a decisão de buscar tratamento deve partir dos pais, bem como a tarefa de convencê-las a aceitá-lo.

O TRATAMENTO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM TOC

No tratamento do TOC de crianças e adolescentes, tanto a TCC quanto os psicofármacos inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRSs) e a clomipramina são efetivos em reduzir os sintomas da doença. De modo geral, recomenda-se combinar as duas modalidades de tratamento.³⁴

TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL

A eficácia/efetividade da TCC para o TOC nessa faixa etária foi verificada em ensaios clínicos, em uma revisão sistemática e em pelo menos uma metanálise.³⁴⁻³⁶ A TCC apresenta algumas vantagens sobre os medicamentos em termos de eficácia e efeitos colaterais, com o tamanho de efeito estimado para farmacoterapia (TE = .48, 95% IC = .36 a .61, p < .00001) e para a TCC (TE = 1.45, 95% IC = .68 a 2.22, p = .002).³⁷

A TCC pode ser realizada no formato individual, em família ou em grupo e idealmente associada ou não a medicamentos, como os ISRSs. As técnicas de exposição e prevenção

de resposta (ou de rituais) (EPR) são as estratégias cruciais para a maioria dos modelos propostos, embora muitos deles às vezes acrescentem também estratégias cognitivas, em especial quando os pacientes são adolescentes. Uma dificuldade importante deve-se ao fato de a TCC para crianças ainda ser pouco disponível em nosso meio, além dos custos em termos financeiros e do tempo que demanda dos profissionais.

AS SESSÕES DE TCC

A TCC para crianças e adolescentes é semelhante à de adultos. Dura, em geral, de 10 a 15 sessões semanais, e o paciente pode ser acompanhado por um familiar. As sessões iniciais destinam-se a avaliação do paciente e psicoeducação, podendo ter duração um pouco maior do que as seguintes.

Uma vez que o paciente esteja motivado para realizar o tratamento, são elaborados o mapa do TOC e a lista de sintomas, com a participação dos familiares. A seguir, são escolhidos os primeiros exercícios de EPR. Quando existe dificuldade na execução das tarefas, são utilizadas técnicas cognitivas para facilitar a adesão ao tratamento. As sessões finais são destinadas a preparação da alta e prevenção de recaídas. March e Mulle³⁸ elaboraram um protocolo para tratamento de crianças com TOC.

PSICOEDUCAÇÃO

Como foi apontado, no tratamento de crianças e mesmo de adolescentes, é fundamental a participação dos pais. Antes de iniciá-lo, o terapeuta reservará algum tempo, que eventualmente poderá se estender por uma ou mais sessões, para psicoeducação, realizada em conjunto com os pais. Seu objetivo é oferecer informações básicas a respeito do TOC, melhorar o *insight* da criança, que em geral é pobre ou ausente, e motivá-la para fazer o tratamen-

to. Para os pais, é uma ocasião de serem informados sobre as manifestações do TOC, o que são as obsessões, os rituais, sua função e por que perpetuam o TOC, sobre as alternativas de tratamentos e as possibilidades de remissão dos sintomas. É uma oportunidade de dissipar suas dúvidas, reduzir seus sentimentos de culpa, de informar ao terapeuta os padrões de acomodação familiar e de serem orientados quanto às atitudes em relação à doença, tema abordado de forma mais extensa no Capítulo 17.

COMO CONVERSAR COM CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Para facilitar o contato tanto com a criança quanto com o adolescente, é necessário que o profissional utilize uma linguagem que facilite a comunicação, capaz de fazer o paciente em questão se sentir entendido, e, com isso, trazer mais informações a respeito dos seus sintomas OC. A forma de entrevistar adolescentes é semelhante à utilizada com adultos. Entretanto, deve-se usar uma linguagem clara e acessível, e, às vezes, se o profissional se sentir à vontade, pode usar o linguajar típico dos jovens (gírias), com o cuidado de não parecer artificial. No caso de crianças pequenas, não se pode esquecer que elas se encontram em uma fase em que o pensamento é concreto. A seguir, são mostrados alguns exemplos de linguagem para essa faixa etária. Eventualmente, pode ser criado um personagem, como o “monstrinho do TOC”, ou outro qualquer. Exemplo:

O TOC é uma doença de muitos medos e esses medos que invadem sua cabeça nós chamamos de “obsessões”. Imagino que em razão desses medos você faça uma porção de coisas para afastá-los. Isso nós chamamos de “compulsões”. As compulsões/rituais são essas coisas repetidas que você faz para se livrar dos seus medos. Você deixa também de tocar em mui-

tas coisas. Chamamos isso de “evitações”. Isso acontece porque o monstrinho do TOC está mandando em você. Não é que você seja medroso; é o monstrinho do TOC que faz você ter esses medos...

Algumas crianças não identificam facilmente as obsessões. Relatam que fazem porque querem ou porque é melhor (p. ex., referem que não têm vontade de tomar banho, em vez de dizer que sentem nojo da “sujeira” do banheiro). Por isso, o profissional deve verificar também a possibilidade de a criança estar evitando as situações que a afigem.

É importante a criança identificar o TOC como estranho à pessoa dela. Para isso, logo após o diagnóstico, se pode solicitar que faça um desenho, e lhe dê um nome. A partir desse momento, a “luta” será contra a representação que a criança tem do transtorno. Por exemplo, pode-se explicar-lhe que todo mundo se preocupa algumas vezes, mas o TOC faz a preocupação dela ser muito maior, sem necessidade. Portanto, ele é chato, engana e, por isso, pode ser um monstro, um bandido ou um vilão, como se vê nos filmes ou nas histórias em quadrinhos. A partir dessas colocações, o terapeuta poderá propor: “Vamos criar o seu TOC?”, “Como é o seu?”, “Você pode desenhar ele?”, “Qual o nome que vamos dar?”.

Pode-se explicar para a criança, por exemplo, que obsessões são pensamentos (preocupações) que ela tem, mas que não quer ter. Esses pensamentos enganam, são persistentes e chatos. Por isso, geram emoções desagradáveis.

O TOC “fala”:

- Você está sujo, algo de muito ruim pode acontecer!
- Lave as mãos novamente, elas não estão bem limpas!
- Se você não falar repetidas vezes para as pessoas que as ama, você não será uma boa filha!

- > Estes pensamentos são perigosos e dizem que você é uma pessoa ruim!
- > Se você pensou em agredir alguém é porque você não gosta dessa pessoa!
- > Arrume bem as coisas, senão vão pensar que você é um porco feio!

Explica-se que todos nós produzimos lixos nos nossos pensamentos. Às vezes, é fácil saber quais pensamentos guardar e quais se devem jogar fora. Entretanto, o TOC pode nos confundir, transformando algo pequeno e sem importância em algo muito grande e ruim. O TOC fala que coisas ruins podem acontecer quando, na verdade, você está em uma situação muito segura.

Nessa etapa, podem ser usados diferentes recursos para fazer a psicoeducação das emoções para a criança, como o baralho dos pensamentos, para auxiliá-la a identificar os diferentes tipos de emoção que a atormentam.³⁹

Uma das emoções mais importantes de serem entendidas é o medo. Explica-se que o medo é um sentimento normal, protetor, e se pensa, junto com a criança, em diferentes situações nas quais seria normal sentir medo. No TOC, essa emoção fica com seu “volume” muito alto e gera uma sensação ruim, obrigando a execução de comportamentos “esquisitos”, sem sentido e repetitivos (chamados de compulsões ou rituais), tais como lavar demais as mãos; organizar, alinhar as coisas; verificar,

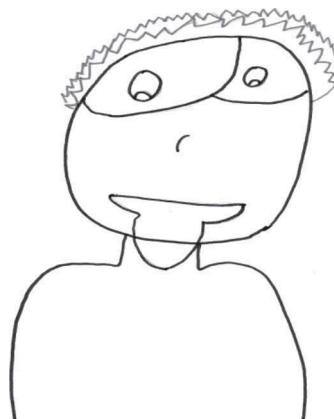


FIGURA 20.1 > SUGA ESPÍRITO.

perguntar várias vezes; ter medo de tocar em certas coisas, de usar determinadas roupas ou de ir a certos lugares (evitações); ter pensamentos “ruins” e querer afastá-los, mas não conseguir. Diz-se à criança que é possível controlar esses comportamentos, e que a meta de ambos será justamente combatê-los.

Podem-se ler histórias psicoeducativas desenvolvidas com a finalidade de educar crianças pequenas sobre o medo.⁴⁰ Além disso, é importante que a criança identifique as partes do corpo em que o sente. Para facilitar, pode-se pedir-lhe que desenhe um boneco, ou lhe dar uma folha com um já pronto, para que marque as partes onde sente o medo no corpo (Fig. 20.2).

EXEMPLO

Um menino de 9 anos, com obsessões de conteúdo religioso, medo do escuro e escrificações, fez o desenho de um personagem que denominou “Suga Espírito”, ilustrado na Figura 20.1.

O TOC quer tomar conta de você, fazendo-o não conseguir mais estudar direito, brincar com seus amigos ou dormir bem, obrigando-o a fazer coisas repetidas que tomam grande parte do seu tempo. Imagine dois times: em um, joga o TOC, e no outro jogam os caras bons, como você, seus pais, o terapeuta, a professora... Você não está sozinho! Tem uma equipe para ajudá-lo! Como você pode vencer essa

guerra? Aliando-se ao TOC, deixando que ele mande em você, ou ficando ao lado dos caras bons (pais, terapeuta, professores)?

Se você topar enfrentar o TOC, podemos começar a terapia, e sua primeira tarefa será fazer o mapa do TOC, para a gente saber quando e onde ele aparece, e junto com o pai e a mãe, nós vamos aprender a derrotá-lo.

No início, você irá sentir um pouco de medo, como acontece quando a gente enfrenta algo que achamos muito perigoso, mas, a cada vez que você enfrentar, seu medo vai ser menor, até desaparecer por completo. Isso aconteceu nas primeiras vezes, em que dormiu sozinho, andou de bicicleta, nadou na piscina.

Para fazer a lista de sintomas hierarquizada, pode-se construir o termômetro para classificar a intensidade (medir) do medo.

Vamos medir seu medo em um termômetro? Desenhe um termômetro, dividindo-o em cinco partes, em que cada uma corresponda a um grau de medo: muito fraco, fraco, médio, forte ou muito forte. Quando seu medo for pequeno, marque ou pinte um valor para ele na parte mais abaixo do termômetro. Quando for muito grande, marque ou pinte um valor na parte mais acima do termômetro.

O terapeuta deve auxiliar a criança a pintar a parte central do termômetro com sua cor preferida, até atingir o tamanho de seu medo, como mostra a Figura 20.3.

Pode-se falar que o TOC fica “dando ordens” e pedir à criança que faça um desenho para ilustrar o que acontece com o TOC quando se obedece (fazer os rituais e evitar o contato) a ele e o que acontece a ela mesma.

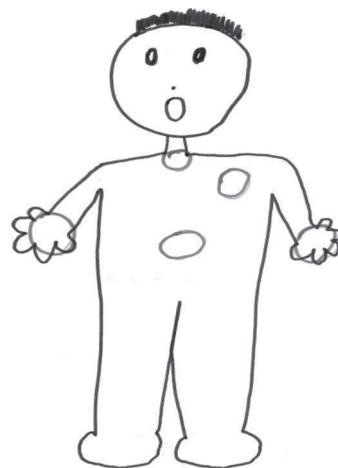


FIGURA 20.2 > ONDE SENTE MEDO.

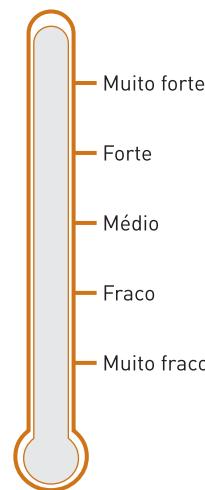


FIGURA 20.3 > O TERMÔMETRO DO MEDO.

➤ LEMBRETES

O terapeuta pode auxiliar a criança a resistir às compulsões e a se expor com o uso de lembretes, como cartões, que ela pode carregar na carteira ou na mochila, com frases como:

- O TOC de novo!
- Não tenho que escutar você!
- Cale a boca!
- Você é um lixo!
- Pare de me dar ordens!
- Tenho várias coisas legais para fazer!
- Vou brincar e esperar você ir embora!

A DECISÃO DE FAZER A TERAPIA

Após a explanação psicoeducativa, é importante ouvir da criança ou do adolescente, com clareza, que estão dispostos a começar o tratamento. É importante fazer uma pergunta explícita: “Como é (fulano/a), vamos derrotar o TOC?”. Essa etapa envolve a decisão de usar ou não medicação e de fazer a terapia, decisões que devem ser tomadas em conjunto com os pais. O início da terapia propriamente dita se dá pela elaboração do mapa do TOC e da lista de sintomas.

MAPA DO TOC E LISTA DE SINTOMAS

Para a realização dessas tarefas, dependendo da idade da criança, podem ser utilizados os mesmos formulários de adultos, que geralmente são preenchidos com a ajuda dos pais: o mapa do TOC (Formulário 5, p. 432-433), que permite a identificação dos locais e dos horários mais críticos e dos rituais que são realizados, e a lista de sintomas (Formulário 2, p. 416-425).

Para elaborar o mapa ou diário do TOC, a criança escolhe um dia da semana e anota os locais e os horários críticos e o que aconteceu. Para formular a lista de sintomas, pode ser utilizado o (Formulário 2, p. 416-425), mas ela também pode ser elaborada com a ajuda dos pais, incluindo, na medida do possível, todos os rituais e as evitações, que podem ser organizados em sublistas: os mais fracos (aqueles que geram menor ansiedade), os médios e os mais fortes (geradores de maior

ansiedade). É interessante a criança ter um caderno no qual escreva o diário e a lista dos sintomas e que deverá sempre levar às sessões. O mapa ou diário do TOC e as listas de sintomas servirão de base para programar as tarefas de casa em cada sessão.

➤ EXERCÍCIOS DE EXPOSIÇÃO E PREVENÇÃO DE RESPOSTA

Como ocorre com adultos, os exercícios de EPR para crianças são cruciais para a TCC do TOC. São muito semelhantes aos propostos para pacientes adultos, conforme descrito no Capítulo 5. A diferença é que os exercícios são feitos, na maioria das vezes, com auxílio dos pais, em razão dos medos que provocam. A partir da lista de sintomas, são combinados exercícios graduais de EPR, começando pelos mais leves ou por aqueles que a criança acredita (80% pelo menos) ser capaz de realizar. Geralmente se iniciam pelas evitações (exposição) e pelas compulsões (prevenção de resposta). Alguns exercícios poderão ser feitos no próprio consultório, com ajuda do terapeuta (modelação). Devem-se usar reforços positivos sempre que a criança conseguir realizar uma tarefa, como elogios ou outro tipo de recompensa, que deve ser combinada com os pais (p. ex., ganhar figurinhas, ir ao estádio de futebol, ganhar um passeio, um brinquedo, etc.). Mais detalhes sobre a terapia de exposição e prevenção de resposta podem ser encontrados nos Capítulos 8 e 9.

Huebner⁴¹ descreve seis maneiras de as crianças poderem “mandar” no TOC e “virar o jogo”:

- 1 Fazendo o contrário. Se o TOC quiser que você arrume os lápis de cor na caixa em uma certa ordem, então você vai tirar todos os lápis da caixa e vai guardá-los desobedecendo à ordem que o TOC deu.

- 2 Sair do local onde você está diminui o poder do TOC. Quando o TOC disser algo, não escute e saia do lugar onde está, pois assim você se distrai e não faz o que ele manda.
- 3 Atrasar o TOC. Deixar, por exemplo, que ele espere por 10 minutos. Lembre-se de que se trata de uma mentira do TOC; vamos jogar um jogo para você se distrair. Enquanto você brinca, o TOC espera, ele desiste e vai embora. Assim, você não sentirá mais aquela necessidade urgente de fazer o que o TOC diz.
- 4 Dar limites para o TOC. Se ele mandar você verificar seu material três vezes, você vai verificar apenas duas vezes ou apenas uma, que é o certo. Não deixe ele fazer você perder tempo executando, muitas vezes, aquilo que não é preciso.
- 5 Exercitar o cérebro. Se o TOC falar que você não deve usar o banheiro da escola, porque tem nojo ou porque vai se contaminar, entre nele, procure usar, toque na tampa do vaso, no botão da descarga, na torneira e depois lave as mãos por uns 20 segundos, e não mais que isso. Você vai perceber que não vai demorar para seu coração parar de bater tão forte e para o sentimento de medo ir embora. Você está ensinando seu cérebro a parar de prestar atenção nas mensagens do TOC. Quanto mais você lutar contra ele, mais rapidamente seu cérebro vai aprender.
- 6 Transformar as coisas em algo engraçado. Se o TOC quiser que você faça tudo determinado número de vezes, conte de uma maneira maluca, para fazer o TOC se perder.

TÉCNICAS COGNITIVAS

Para facilitar a adesão aos exercícios, é importante que a criança aprenda a identificar os pensamentos catastróficos (medos) que antecedem a execução de rituais, a avaliá-los quanto a sua plausibilidade e a se dar conta de

quando são exagerados ou completamente errados. Perguntas simples, como: “O que passou pela sua cabeça naquele momento?”, “Qual foi o medo que você sentiu naquela ocasião?” ou “O que você imaginou que poderia acontecer?”, são algumas questões que podem remeter aos pensamentos automáticos catastróficos e às crenças disfuncionais. O questionamento socrático deve ser feito em linguagem bem simples: “Você acha possível que isso de fato aconteça?” ou “Você acha que têm todo esse poder?”. As crianças, em geral, não têm capacidade para lidar com conceitos mais abstratos, como excesso de responsabilidade, intolerância à incerteza, perfeccionismo e poder do pensamento, que deverão ser traduzidos para uma linguagem mais concreta, à altura de sua compreensão. Exemplos dessas técnicas são o baralho dos pensamentos³⁹ e o círculo da disputa dos pensamentos.⁴⁰

ALTA E PREVENÇÃO DE RECAÍDAS

Quando o paciente já tiver eliminado a maioria dos sintomas, o tratamento estará se encaminhando para as sessões finais, nas quais são utilizadas estratégias para prevenção de recaídas, como identificação precoce dos sinais de recaída, vigilância sobre eventuais lapsos, reforço de como lidar com os possíveis gatilhos. Quando os sintomas tiverem diminuído, as sessões podem ser espaçadas, e, mais tarde, quando inteiramente eliminados, pode ser dada a alta. Sintomas residuais estão associados a um número maior de recaídas,^{42,43} daí a importância de eliminá-los por completo.

PARTICIPAÇÃO DOS PAIS NA TERAPIA

Se não houver nenhum impedimento, os pais participam da terapia desde a primeira sessão, sendo chamados em muitos momentos. Essa

participação é crucial nas sessões de psicoeducação, para compreenderem a natureza do TOC, suas manifestações, dissiparem dúvidas, reduzirem seus sentimentos de culpa e serem orientados sobre a questão da acomodação familiar e sobre as atitudes que mais ajudam ou prejudicam a criança (ver Capítulo 17, p. 347-348, para mais detalhes). No caso de crianças pequenas, a participação dos pais é fundamental em todas as etapas da terapia (elaboração da lista de sintomas e do mapa do TOC e, sobretudo, na realização dos exercícios de EPR), bem como a redução gradual dos níveis de AF. Em se tratando de adolescentes, a participação pode ser mais eventual: no início e em algumas sessões, conforme combinado com antecedência. Uma alternativa é utilizar parte da sessão para ouvir também os pais, junto à criança, para a combinação de tarefas.

PREDITORES DE RESPOSTA À TCC

Quando os sintomas são leves ou moderados (escores na CY-BOCS < 23), predominam compulsões, inexistem comorbidades (TOC “puro”), a criança tem algum *insight*, aceita o tratamento e revela alguma motivação para os exercícios, pode-se realizar o tratamento apenas com TCC. Porém, essas são condições ideais e estão associadas à boa resposta à terapia. Na prática, o mais comum é ocorrerem dificuldades: cerca de 20 a 40% das crianças com TOC não respondem ao tratamento, e muitas que se beneficiam permanecem sintomáticas após sua conclusão.^{34,44} Entretanto, nem todas as crianças e os adolescentes aceitam fazer terapia, pois muitos não toleram ser expostos a situações que irão provocar ansiedade e medo, especialmente quando os sintomas são muito graves, e a adesão às tarefas de casa pode ser um problema, sobretudo quando existem altos níveis de disfunção familiar e de AF, comprometimento funcional e comorbidades como depressão, outros trans-

tornos de ansiedade, TDAH, comportamentos de oposição, déficits cognitivos e determinados tipos de obsessões (sexuais, religiosas, acumulação compulsiva). Em compensação, crianças provenientes de famílias com baixos níveis de culpa dos pais e de conflitos familiares e níveis elevados de coesão familiar têm maiores chances de responder à TCC.⁴⁵

► A FARMACOTERAPIA NO TOC

A TCC é a primeira escolha de tratamento em casos de crianças e adolescentes com TOC cuja sintomatologia é de leve a moderada, enquanto a farmacoterapia, preferencialmente associada a TCC, é a abordagem terapêutica de escolha nos casos de intensidade moderada a grave (< 23 na CY-BOCS; 6 ou 7 na CGI) ou quando existe depressão associada.^{46,47}

MONOTERAPIA COM CLOMIPRAMINA OU COM ISRSs

A clomipramina e os ISRSs como fluoxetina, sertralina, paroxetina, citalopram e fluvoxamina, mostraram-se eficazes no tratamento do TOC pediátrico. A clomipramina, um antidepressivo tricíclico, foi o primeiro medicamento a ser avaliado sistematicamente e o primeiro a ter sua eficácia comprovada no tratamento do TOC pediátrico (acima de 5 anos). Ensaios clínicos randomizados demonstraram que a clomipramina foi eficaz e, geralmente, bem tolerada no tratamento dessa condição. Devido a seu perfil de eventos adversos e à necessidade de monitoração eletrocardiográfica, a clomipramina não é considerada uma substância de primeira escolha, devendo ser utilizada preferencialmente em pacientes com eventos adversos intoleráveis ou em casos de refratariidade aos ISRSs.⁴⁶

Quatro substâncias do grupo dos ISRSs são aprovadas pela Food and Drug Administration

(FDA) para o tratamento do TOC: sertralina (acima dos 6 anos), fluoxetina (acima dos 7 anos), fluvoxamina (acima dos 8 anos) e paroxetina (acima dos 8 anos). Uma metanálise que avaliou 12 ensaios clínicos randomizados realizados em 1.044 crianças e adolescentes verificou que os ISRSs (sertralina, fluoxetina, paroxetina e fluvoxamina) e a clomipramina foram superiores ao placebo e obtiveram tamanhos de efeito moderados no tratamento do TOC.⁴⁸ Esse mesmo estudo observou que não houve diferenças significativas entre os ISRSs entre si, porém, a clomipramina mostrou-se superior quando comparada individualmente a cada um dos ISRSs.⁴⁸ Devido a sua eficácia e seu perfil de tolerabilidade, os ISRSs são considerados os medicamentos de primeira escolha no tratamento do TOC em crianças e adolescentes.^{46,47}

Estudos comparando intervenções farmacológicas entre si são escassos. Um ensaio clínico randomizado comparou a fluoxetina ao citalopram em crianças e adolescentes com TOC e não encontrou diferenças significativas quanto à eficácia ou à tolerabilidade entre ambos os medicamentos.⁴⁹

SEGURANÇA E TOLERABILIDADE

Os ISRSs costumam apresentar um perfil de tolerabilidade superior à clomipramina, principalmente em situações de intoxicação. Eventos adversos são comuns com a clomipramina e incluem boca seca, sedação, tontura, tremor, ganho de peso, constipação, sudorese e déficits de memória. A diminuição do limiar convulsivo e a toxicidade cardiovascular da clomipramina são de particular importância, sobretudo em crianças e adolescentes.⁴⁷ O uso desse medicamento nessa faixa etária exige a avaliação rotineira da pressão arterial e da frequência cardíaca, além da realização de eletro-

cardiogramas antes do início do uso da substância, a cada aumento de dose e quando for atingida a dose máxima. Eventos adversos em geral associados aos ISRSs incluem náuseas, cefaleia, diarreia, tremor, insônia e sonolência.⁴⁷ Eventos adversos性uais, como diminuição da libido, disfunção erétil e anorgasmia, também podem ocorrer, tanto com os ISRSs quanto com os antidepressivos tricíclicos, e são especialmente problemáticos em adolescentes.

A ativação comportamental, caracterizada por impulsividade, insônia, aumento de energia ou desinibição, é um evento adverso associado aos ISRSs nessa faixa etária e frequente causa de descontinuação do tratamento.⁵⁰ Assim como outros eventos adversos, a ativação comportamental parece ter uma relação dose-dependente e é mais frequente em crianças do que em adolescentes.^{50,51} Todos os ISRSs podem produzir essa reação, e não há evidências de que essa ocorrência esteja mais frequentemente associada a um ISRS específico. O tratamento desse evento adverso inclui a diminuição da dose ou a troca por outro ISRS. Em alguns casos, é necessário associar a um anтипсіcótico ou a um estabilizador do humor.

Muitos debates vêm sendo realizados quanto ao aumento do risco de suicídio com o uso de antidepressivos em crianças e adolescentes. Tal discussão implicou a colocação de um aviso na bula de todos os antidepressivos orientando a respeito do risco de aumento de ideação e de comportamento suicidas em crianças e adolescentes. Cabe salientar que nenhum suicídio consumado foi verificado em todos os ensaios clínicos com antidepressivos na infância e adolescência. Uma revisão extensa sobre o tema na qual os diagnósticos foram avaliados separadamente evidenciou que o uso de antidepressivos em crianças e adolescentes com TOC não esteve associado a aumento no risco de ideação e/ou comportamento suicidas.⁵²

DOSAGENS E DURAÇÃO DO TRATAMENTO

Deve-se iniciar o tratamento medicamentoso com doses baixas, para diminuir a ocorrência e a intensidade dos eventos adversos que podem surgir no início do tratamento. Recomenda-se aumentar a dose gradualmente até o alcance da dose-alvo da medicação ou até a dose máxima tolerada pelo paciente. A Tabela 20.1 apresenta as dosagens dos antidepressivos utilizados em crianças e adolescentes com TOC.

A resposta aos antidepressivos não é imediata; costuma demorar algumas semanas, em geral começando após 1 mês de tratamento. Assim como em adultos, devem-se aguardar pelo menos de 8 a 12 semanas com a dose máxima (ou a máxima tolerada) de determinado medicamento antes de tentar outro, quando a resposta ao primeiro é parcial. Caso a resposta seja nula em até 4 a 6 semanas, recomenda-se trocar o fármaco.

O tratamento deve ser mantido por pelo menos 6 meses a 1 ano após a remissão dos sintomas com a mesma dosagem utilizada. Após esse período, uma suspensão gradual e lenta da medicação pode ser feita ao longo de vários meses. Sessões de TCC complementares podem ser úteis para prevenir recorrência e

para prolongar a remissão durante ou após a descontinuação da medicação.

RESISTÊNCIA E ESTRATÉGIAS DE POTENCIALIZAÇÃO

Entre os pacientes tratados de forma adequada com ISRSs observa-se mais frequentemente uma resposta parcial do que ausência total de resposta. A falha em não responder ou responder parcialmente a uma medicação não indica que não haverá resposta a outra medicação similar. Caso não haja resposta após 4 a 6 semanas, ou haja resposta parcial após 8 a 12 semanas, utilizando uma dosagem máxima ou a máxima dosagem tolerada, a mudança para outro antidepressivo é recomendada. Após duas tentativas sem resposta com um ISRS, deve-se considerar a utilização da clomipramina ou a associação desta com um ISRS.

A associação da clomipramina a um ISRS é uma estratégia de potencialização útil.^{46,47} A fluvoxamina é o ISRS que mais aumenta os níveis séricos da clomipramina, devido a sua capacidade de inibir a conversão da clomipramina em desmetilclomipramina. Mesmo doses baixas de clomipramina (25-75 mg/dia) podem ser utilizadas, mas deve haver muita

TABELA 20.1 > DOSAGENS DOS ANTIDEPRESSIVOS PARA O TRATAMENTO DO TOC EM CRIANÇAS ADOLESCENTES

Fármacos	Dose inicial	Dose média	Faixa terapêutica (mg/dia)
Clomipramina	6,25-25	25	50-200
Fluoxetina	2,5-10	10-20	10-80
Sertralina	12,5-25	20-25	50-200
Fluvoxamina	12,5-25	25-50	50-300
Paroxetina	2,5-10	10	20-60
Citalopram	2,5-10	10-20	10-60

cautela na sua combinação com fluvoxamina ou com outros inibidores da enzima CYP2D6, como fluoxetina ou paroxetina, devido ao aumento das doses da clomipramina a níveis potencialmente tóxicos. O aumento das doses deve sempre ser feito de forma cautelosa, para evitar o surgimento de convulsões, síndrome serotoninérgica e intoxicações, e, quando possível, recomenda-se o monitoramento dos níveis séricos da clomipramina.

Os benzodiazepínicos também têm sido utilizados associados aos ISRSs em alguns ensaios abertos, mas eventos adversos como sedação e desinibição comportamental limitam seu uso, sobretudo em crianças.

A principal estratégia de potencialização aos antidepressivos tem sido a utilização de antipsicóticos. Diversos ensaios clínicos randomizados e uma metanálise comprovaram a eficácia dos antipsicóticos, em especial haloperidol e risperidona, como potencializadores aos antidepressivos no tratamento do TOC em adultos.⁵³ Apesar disso, apenas relatos de caso e estudos abertos têm sido realizados em crianças e adolescentes.^{46,47} De qualquer forma, crianças e adolescentes com TOC, principalmente os que apresentam comorbidades com transtornos de tique, instabilidade do humor e transtornos invasivos do desenvolvimento, podem se beneficiar da potencialização com antipsicóticos. Recomenda-se a realização de dois ensaios com ISRS ou um ensaio com um ISRS e um com clomipramina antes da potencialização com um antipsicótico.

ASSOCIAÇÃO DA TCC À MEDICAÇÃO

A TCC para o tratamento do TOC ainda é pouco utilizada em nosso meio, em grande parte pela falta de terapeutas experientes, mas a associação com medicamentos certamente é a primeira medida a ser adotada quando a resposta foi insatisfatória. Embora ainda raros, os estudos que compararam medicação à psicoter-

pia ou psicoterapia associada à medicação mostram vantagens nessa associação.

Um ensaio clínico randomizado multicêntrico, de 12 semanas de duração, comparou a eficácia da sertralina, da TCC, da combinação da sertralina com TCC e placebo no tratamento de 112 crianças e adolescentes com TOC.³⁴ Os três tratamentos ativos foram significativamente superiores ao placebo. Comparações entre os tratamentos ativos demonstraram que o grupo com tratamento combinado foi superior ao grupo da sertralina e ao da TCC. O tratamento combinado apresentou taxas maiores na diminuição e na remissão de sintomas (definido como CY-BOCS ≤ 10), com um tamanho de efeito que se aproximou da soma dos tamanhos de efeitos das outras duas outras intervenções (TCC: 0,97; sertralina: 0,67; TCC + sertralina: 1,4). As taxas de remissão foram mais altas para o tratamento combinado (53,6%), seguido pela TCC (39,3%), pela sertralina (21,4%) e pelo placebo (3,6%).³⁴ Os resultados desse estudo sugerem que crianças e adolescentes com TOC devem iniciar o tratamento com TCC ou com a combinação de TCC e medicação.

Em outro estudo, com duração de 12 semanas, a sertralina foi comparada à TCC em grupo em 40 crianças e adolescentes, aleatoriamente alocados para receber um dos dois tratamentos. Ambas as intervenções se mostraram eficazes, porém, após 9 meses de seguimento, o grupo que participou da TCC apresentou uma taxa de recaída sintomática significativamente menor do que o grupo que fez uso da sertralina.³⁵

NOVOS TRATAMENTOS

Estudos com a utilização de estimulantes, gabapentina, sumatriptano, pindolol, inositol, opíaceos, N-acetilcisteína, riluzol e memantina têm sido realizados em crianças e adolescentes. Todavia, esses medicamentos ainda não

estão aprovados no tratamento do TOC, e estudos posteriores que comprovem sua eficácia/efetividade ainda são necessários para justificarem seu uso nessa faixa etária.

Em resumo, os ISRSs apresentam diversas evidências de eficácia/efetividade e são considerados a primeira escolha no tratamento farmacológico do TOC. O antidepressivo tricíclico

clomipramina também é uma opção no tratamento farmacológico do transtorno, mas, devido a seu perfil de eventos adversos, não é considerado uma substância de primeira escolha. A associação de ISRS à clomipramina ou a adição de antipsicóticos podem ser estratégias utilizadas no manejo de casos resistentes a medicação.

R E S U M O E D E S T A Q U E S

- O TOC em crianças e adolescentes é muito semelhante ao de adultos em suas manifestações. Entretanto, o TOC com início na infância tem sintomas mais graves e persistentes, ocorre mais em meninos, apresenta mais comorbidades com tiques e transtorno de Tourette, TDAH e transtornos afetivos e está associado a risco aumentado de transmissão genética.
- No TOC de início na infância, são comuns obsessões por simetria/exatidão e de conteúdo agressivo, sexual ou religioso e compulsões semelhantes a tiques não precedidas por obsessões, como tocar, raspar, olhar fixamente, piscar os olhos, repetições, contagens.
- O TOC em crianças e adolescentes causa interferência acentuada no funcionamento da família. A rotina e a vida social são alteradas em razão da doença, e os familiares, em geral, envolvem-se e participam dos rituais.
- Na avaliação psiquiátrica da criança deve-se separar as manifestações do TOC de comportamentos repetitivos ou ritualizados próprios das diferentes fases evolutivas da criança. Tais comportamentos geralmente têm um caráter lúdico e são prazerosos. As compulsões do TOC são mais estereotipadas e repetitivas; são geralmente precedidas por obsessões e executadas com a finalidade de reduzir medos ou desconfortos.
- TOC deve ser diferenciado do transtorno de tique e do transtorno de Tourette, do TDAH, dos transtornos do controle dos impulsos (tricotilomania, comportamentos automutilativos), de transtornos cognitivos e do desenvolvimento (transtornos globais do desenvolvimento, autismo, síndrome de Asperger, síndrome de Prader-Willi, síndrome de Down e retardos mentais) e dos transtornos neuropsiquiátricos associados a infecções por estreptococo.
- A TCC, os psicofármacos ISRSs e a clomipramina são os tratamentos de escolha e são efetivos em reduzir os sintomas do TOC. De modo geral, devem ser associadas as duas modalidades de tratamento.

TOCTOC TOCTOC TOCTOC TOCTOC TOCTOC TOCTOC TOCTOC

- Quando os sintomas são leves ou moderados, predominam compulsões, inexistem comorbidades (TOC “puro”), a criança tem algum *insight*, aceita o tratamento e revela alguma motivação para os exercícios, pode-se utilizar a TCC de forma isolada.
- A resposta à TCC é menor quando os sintomas são muito graves e quando existem altos níveis de disfunção e de acomodação familiar, comprometimento funcional, comorbidades associadas (depressão, outros transtornos de ansiedade, TDAH, comportamentos de oposição) e déficits cognitivos.
- A TCC para o TOC em crianças e adolescentes é muito semelhante à utilizada em pacientes adultos, sendo cruciais os exercícios de EPR, que podem ser associados a intervenções cognitivas. Deve-se, entretanto, adaptar a linguagem, as explanações psicoeducativas e os exercícios para os níveis cognitivos e a capacidade de compreensão da criança ou do adolescente. Principalmente no caso de crianças pequenas, os pais devem participar da terapia.
- A psicoeducação realizada no início da TCC com a criança e com os pais é essencial para melhorar o *insight* da criança sobre a doença, elucidar dúvidas, reduzir a culpa dos pais, motivar tanto a criança quanto os pais para o tratamento, diminuir a acomodação familiar aos sintomas e consolidar o vínculo com o terapeuta.
- Os ISRSs e a clomipramina são efetivos em reduzir os sintomas do TOC e podem ser utilizados isoladamente ou associados a TCC. As doses devem levar em conta os efeitos adversos e devem ser ajustadas para essa faixa etária; em geral, são menores que as doses utilizadas em adultos.

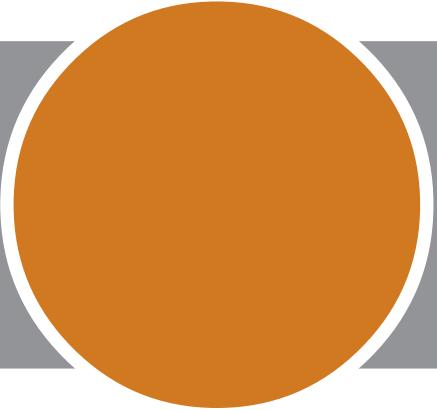
TOCTOCTOCTOCTOCTOCTOCTOCTOC

➤ REFERÊNCIAS

1. Stengler-Wenzke K, Trosbach J, Dietrich S, Angermeyer MC. Experience of stigmatization by relatives of patients with obsessive-compulsive disorder. *Arch Psychiatr Nurs.* 2004;18(3):88-96.
2. Vivan AS, Rodrigues L, Wendt G, Bicca MG, Braga DT, Cordioli AV. Obsessive-compulsive symptoms and obsessive-compulsive disorder in adolescents: a population-based study. 2013. Submitted.
3. Freeman J, Garcia A, Fucci C, Karitani M, Miller L, Leonard HL. Family-based treatment of early-onset obsessive-compulsive disorder. *J Child Adolesc Psychopharmacol.* 2003;13:S71-S80.
4. Storch EA, Merlo LJ, Larson MJ, Geffken GR, Lehmkuhl HD, Jacob ML, et al. Impact of comorbidity on cognitive-behavioral therapy response in pediatric obsessive-compulsive disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2008;47(5):583-92.
5. Geller D, Biederman J, Faraone SV, Belloride CA, Kim GS, Hagermoser LM. Disentangling chronological age from age of onset in children and adolescents with obsessive compulsive disorder. *Int J Neuropsychopharmacol.* 2001;4:169-78.
6. Geller DA. Obsessive-compulsive and spectrum disorders in children and adolescents. *Psychiatr Clin North Am.* 2006;29(2):353-70.

7. Evans DW, Leckman JF, Carter A, Reznick JS, Henshaw D, King RA, et al. Ritual, habit, and perfectionism: the prevalence and development of compulsive-like behavior in normal young children. *Child Dev.* 1997;68(1):58-68.
8. Kalra SK, Swedo SE. Children with obsessive-compulsive disorder: are they just "little adults"? *J Clin Invest.* 2009;119(4):737-46.
9. Mataix-Cols D, Nakatani E, Micali N, Heyman I. The structure of obsessive-compulsive symptoms in pediatric OCD. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2008;47(7):773-8.
10. Waters TL, Barrett PM. The role of the family in childhood obsessive-compulsive disorder. *Clin Child Family Psychol Rev.* 2000;3(3):173-84.
11. Douglass HM, Moffitt TE, Dar R, McGee R, Silva P. Obsessive-compulsive disorder in a birth cohort of 18-year-olds: prevalence and predictors. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1995;34:1424-31.
12. Zohar AH. The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* 1999;8:445-460.
13. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Arch Gen Psychiatry.* 2005;62(6):593-602.
14. Geller D, Biederman J, Jones J, Park K, Shapiro S, Coffey B, et al. Is juvenile obsessive compulsive disorder a developmental subtype of the disorder? A review of the pediatric literature. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1998;37:420-427.
15. Ferrao YA, Shavitt RG, Bedin NR, de Mathis ME, Carlos LA, Fontenelle LF, et al. Clinical features associated to refractory obsessive-compulsive disorder. *J Affect Disord.* 2006;94:199-209.
16. Tasman A, Kay J, Lieberman J. *Psychiatry.* 2nd ed. Hoboken: John Wiley and Sons; 2003. p. 1331-61.
17. Nestadt G, Samuels J, Riddle M, Bienvenu OJ 3rd, Liang KY, LaBuda M, et al. A family study of obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry.* 2000;57(4):358-63.
18. Lomax CL, Oldfield VB, Salkovskis PM. Clinical and treatment comparisons between adults with early- and late-onset obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther.* 2009;47(2):99-104.
19. Geller D, Biederman J, Griffin S, Jones J, Lefkowitz T. Comorbidity of juvenile obsessive-compulsive disorder with disruptive behavior disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1996;35:1637-46.
20. Allsopp M, Verdun C. A follow-up of adolescents with obsessive-compulsive disorder. *Br J Psychiatry.* 1989;154:829-34.
21. American Psychiatric Association. *Manual diagnóstico e estatístico dos transtornos mentais: DSM-IV-TR.* 4. ed. Porto Alegre: Artmed; 2002.
22. Storch EA, Lewin AB, Larson MJ, Geffken GR, Murphy TK, Geller DA. Depression in youth with obsessive-compulsive disorder: clinical phenomenology and correlates. *Psychiatry Res.* 2012;196(1):83-9.
23. Nakatani E, Mataix-Cols D, Micali N, Turner C, Heyman I. Outcomes of cognitive behaviour therapy for obsessive compulsive disorder in a clinical setting: a 10-year experience from a specialist OCD service for children and adolescents child and adolescent mental health. *Child Adolesc Ment.* 2009;14(3):133-9.
24. Calvocoressi L, Lewis B, Harris M, Trufan BS, Goodman WK, McDougle CJ, et al. Family accommodation in obsessive compulsive disorder. *Am J Psychiatry.* 1995;152(3):441-3.
25. Storch EA, Geffken GR, Merlo LJ, Jacob ML, Murphy TK, Goodman WK, et al. Family accommodation in pediatric obsessive-compulsive disorder. *J Clin Child Adolesc Psychology.* 2007;36(2):207-16.
26. Flessner CA, Freeman JB, Sapta J, Garcia A, Franklin ME, March JS, et al. Predictors of parental accommodation in pediatric obsessive-compulsive disorder: findings from the Pediatric Obsessive-Compulsive Disorder Treatment Study (POTS) trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2011;50(7):716-25.
27. Merlo LJ, Lehmkohl HD, Geffken GR, Storch EA. Decreased family accommodation associated with improved therapy outcome in pediatric obsessive-compulsive disorder. *J Consult Clin Psychol.* 2009;77(2):355-60.
28. Barrett P, Healy-Farrell L, March JS. Cognitive-behavioral family treatment of childhood obsessive-compulsive disorder: a controlled trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2004;43(1):46-62.
29. Waters T, Barrett P, March J. Cognitive-behavioral family treatment of childhood obsessive-compulsive disorder: Preliminary findings. *Am J Psychother.* 2001;55:372-87.
30. Steketee G, Van Noppen B. Family approaches to treatment for obsessive compulsive disorder. *Rev Bras Psiquiatria.* 2003;25(1):43-50.
31. Gomes JB, Calvocoressi L, Van Noppen B, Pato M, Silva EM, Braga T, et al. Translation and adaptation into the Brazilian Portuguese of family accommodation scale for obsessive compulsive disorder: interviewer rated (FAS-IR). *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul.* 2010;32(3):102-12.
32. Catapano F, Sperandeo R, Perris F, Lanzaro M, Maj M. Insight and resistance in patients with obsessive-compulsive disorder. *Psychopathology.* 2001;34:62-8.
33. Storch EA, Björgvísson T, Riemann B, Lewin AB, Morales MJ, Murphy TK. Factors associated with poor response in cognitive-behavioral therapy for pediatric obsessive-compulsive disorder. *Bull Menninger Clin.* 2010;74(2):167-85.
34. Pediatric OCD Treatment Study (POTS) Team. Cognitive-behavior therapy, sertraline, and their combination for children and adolescents with obsessive-compulsive disorder: the Pediatric OCD Treatment Study (POTS) randomized controlled trial. *JAMA.* 2004;27;292(16):1969-76.
35. Asbahr FR, Castillo AR, Ito LM, Latorre MR, Moreira MN, Lotufo-Neto F. Group cognitive-behavioral therapy versus sertraline for

- the treatment of children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2005;44(11):1128-36.
36. Prazeres A, Souza W, Fontenelle L. Cognitive-behavior therapy for obsessive-compulsive disorder: a systematic review of the last decade. *Rev Bras Psiquiatr*. 2007;29(3):262-70.
37. Watson HJ, Rees CS. Meta-analysis of randomized, controlled treatment trials for pediatric obsessive-compulsive disorder. *J Child Psychol Psychiatry*. 2008;49(5):489-98.
38. March J, Mulle K. OCD in children and adolescents: a cognitive-behavioral treatment manual. New York: Guilford; 1998.
39. Caminha RM, Caminha MG. Baralho dos pensamentos: reciclando ideias, promovendo consciência. Porto Alegre: Synopsi; 2012.
40. Zanonatto A, Prado LC. Trabalhando com crianças e suas famílias. Porto Alegre: Luiz Carlos Prado; 2012.
41. Huebner D. O que fazer quando você tem muitas mania: um guia para as crianças superarem o transtorno obsessivo-compulsivo (TOC). Porto Alegre: Artmed; 2009.
42. Braga DT, Cordioli AV, Niederauer K, Manfro GG. Cognitive-behavioral group therapy for obsessive-compulsive disorder: a 1-year follow-up. *Acta Psychiatr Scand*. 2005;112:180-6.
43. Braga DT, Manfro GG, Niederauer K, Cordioli AV. Full remission and relapse of obsessive-compulsive symptoms after cognitive-behavioral group therapy: a two-year follow-up. *Rev Bras Psiquiatr*. 2010;32(2):164-8.
44. Benazon NR, Ager J, Rosenberg DR. Cognitive behavior therapy in treatment-naïve children and adolescent with obsessive compulsive disorder: an open trial. *Behav Res Therapy* 2002;40:529-39.
45. Peris TS, Sugar CA, Bergman RL, Chang S, Langley A, Piacentini J. Family factors predict treatment outcome for pediatric obsessive-compulsive disorder. *J Consult Clin Psychol*. 2012;80(2):255-63.
46. Mancuso E, Faro A, Joshi G, Geller D. Treatment of pediatric obsessive-compulsive disorder: a review. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2010;20:299-308.
47. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2012;51(1):98-113.
48. Geller DA, Biederman J, Stewart SE, Mullin B, Martin A, Spencer T, et al. Which SSRI? A meta-analysis of pharmacotherapy trials in pediatric obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry*. 2003;160(11):1919-28.
49. Alaghband-Rad J, Kakimshoostary M. A randomized controlled clinical trial of citalopram versus fluoxetine in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder (OCD). *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2009;18(3):131-5.
50. Safer DJ, Zito JM. Treatment-emergent adverse events from selective serotonin reuptake inhibitors by age group: Children versus adolescents. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2006;16:159-69.
51. Martin A, Young C, Leckman JF, Mukonoweshuro C, Rosenheck R, Douglas L. Age effects of antidepressant-induced manic conversion. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2004;158:773-80.
52. Bridge JA, Iyengar S, Salary CB, Barbe RP, Birmaher B, Pincus HA, et al. Clinical response and risk for reported suicidal ideation and suicide attempts in pediatric antidepressant treatment: a meta-analysis of randomized controlled trials. *JAMA*. 2007;297(15):1683-96.
53. Bloch MH, Landeros-Weisenberger A, Kelmendi B, Coric V, Bracken MB, Leckman JF. A systematic review: antipsychotic augmentation with treatment refractory obsessive-compulsive disorder. *Mol Psychiatry*. 2006;11:622-32.



Anexos

FORMULÁRIO

1

Posso ter TOC?

Leia as afirmativas a seguir e assinale com um “X” aquelas com as quais você se identifica. A resposta positiva a uma ou mais perguntas sugere que você possa ter TOC.

- Preocupo-me demais com sujeira, germes, contaminação ou com contrair doenças.
- Lavo demais as mãos, demoro no banho ou troco de roupas demasiadamente.
- Evito tocar em certos objetos que outras pessoas tocaram (corrimãos, maçanetas de portas, dinheiro, etc.) ou, se tiver que tocar, preciso lavar as mãos depois.
- Evito lugares como banheiros públicos, hospitais, cemitérios e sentar em bancos de praça ou de coletivos, por achar que posso contrair doenças ou que são sujos.
- Evito usar roupas de determinadas cores, bem como certos números, ou chegar perto de certas pessoas porque acho que podem dar azar.
- Verifico várias vezes portas, janelas, gás, fogão, torneiras, eletrodomésticos ou documentos.
- Minha mente é invadida por pensamentos desagradáveis, que me perturbam e que não consigo afastar.
- Preciso repetir várias vezes a mesma tarefa para ter certeza de que não fiz nada de errado, ou de que ela está bem feita.
- Preocupo-me demais em arrumar as coisas para que estejam simétricas, alinhadas, e fico aflito(a) quando estão fora do lugar.
- Acumulo demasiadamente coisas que não têm mais utilidade e que não consigo descartar.

FORMULÁRIO

2

Lista de sintomas do TOC

INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO

O questionário a seguir irá auxiliá-lo(a) a identificar suas obsessões, compulsões ou rituais e evitações e avaliar a gravidade.

- No caso das **obsessões**, assinale com um “X”, de 0 a 4, para o quanto elas o(a) perturbam, quando invadem sua mente.
- No caso das **compulsões** ou dos **rituais**, dê uma nota de 0 a 4 para o quanto se sente compelido(a) a executá-los ou para o grau de aflição ou desconforto que sentiria se fosse impedido(a) de realizá-los.
- No caso das **evitações**, assinale o grau de desconforto ou aflição que sente quando entra em contato, toca ou se expõe a objetos, lugares, pessoas ou situações que costuma evitar. Caso não apresente o sintoma descrito, marque “0”.

➤ OBSESSÕES E COMPULSÕES RELACIONADAS A SUJEIRA, GERMES, CONTAMINAÇÃO, MEDO DE CONTRAIR DOENÇAS, NOJO

OBSESSÕES

Perturbo-me demasiadamente com pensamentos ou preocupações:

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

Com limpeza, sujeira, germes, contaminação ou com contrair doenças.

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

Em contaminar as pessoas da minha família com germes ou com sujeira, trazidos da rua.

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

Com o uso de venenos domésticos, produtos de limpeza, solventes, lubrificantes.

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

Quando necessito ir a uma clínica, hospital ou cemitério.

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

Se cumprimentar, passar por perto ou tocar em certas pessoas.

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

Com nojo ou repugnância de certas substâncias (urina, saliva, esperma, carne, geleias, colas).

COMPULSÕES

Assinale o quanto se sente compelido(a) a fazer o ritual ou o grau de dificuldade ou de aflição que sente ao evitar sua realização:

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

Limpo demasiadamente a casa ou os objetos (móveis, chão, louças, talheres, chaves do carro, carteira, bolsa, etc.).

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

Lavo minhas mãos por mais tempo e com mais frequência do que o necessário.

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

Lavo demais as minhas roupas ou as da minha família.

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

Uso excessivamente a máquina de lavar, sabão, sabonetes, detergentes ou álcool.

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

Desinfeto ou lavo as coisas que trago da rua antes de usá-las.

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

Demoro muito no banho, esfrego-me demais, uso demasiadamente sabonete ou xampu.

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

Necessito, com muita frequência, desinfetar-me usando álcool, bactericidas ou água sanitária.

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

Obrigo os demais membros da família a fazer as coisas acima descritas.

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

Escovo os dentes de forma excessiva (com muita força ou demorando muito tempo).

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

Jogo fora bolsas, carteiras, roupas, sapatos por considerá-los contaminados ou sujos.

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

Lavo as louças ou os talheres novamente antes de usá-los.

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

Verifico seguidamente se não há sinais de sujeira ou manchas, marcas de dedos ou pó em móveis e objetos.

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

Quando vou a um restaurante, verifico se a louça, os copos ou os talheres estão limpos, ou necessito passar o guardanapo.

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

Tenho toalha de mão ou sabonete só para mim e não permito que pessoa alguma da minha família os utilize.

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

Outros medos, lavações excessivas ou situações que não estão no questionário:

EVITAÇÕES

Perturbo-me demasiadamente e por isso evito tocar em:

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

Torneiras, maçanetas, portas ou tampas de vaso de banheiros públicos.

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

Teclados, *mouse* de computador, pegador do ônibus, telefones públicos, corrimãos.

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

Interruptores de luz ou do elevador.

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

Manchas (na mesa, no sofá, nas cadeiras) ou pisar em manchas suspeitas na rua.

- 0 1 2 3 4 Resíduos ou secreções corporais de meu corpo (urina, fezes, saliva, sangue, esperma).
- 0 1 2 3 4 Substâncias viscosas (colas, gelatinas, geleias ou carne).
- 0 1 2 3 4 Caixas ou tubos de venenos domésticos (inseticidas, raticidas).
- 0 1 2 3 4 Certas pessoas ou chegar perto (mendigos, pessoas com câncer, homossexuais), por medo de contrair doenças.
- 0 1 2 3 4 Certas pessoas ou passar perto, para que não me passem algo ruim (má sorte, energia negativa) ou porque tenho medo de ter certos pensamentos que me perturbam (agressão/sexual).
- 0 1 2 3 4 Animais domésticos (cães, gatos).

Evito:

- 0 1 2 3 4 Sentar-me em coletivos, bancos de praças ou outros lugares públicos.
- 0 1 2 3 4 Entrar em casa com os sapatos usados na rua.
- 0 1 2 3 4 Sentar-me em sofás, camas ou cadeiras ao chegar da rua sem antes trocar de roupa.
- 0 1 2 3 4 Usar banheiros públicos, mesmo que estejam perfeitamente limpos.
- 0 1 2 3 4 Frequentar hospitais e clínicas, ir ao cemitério ou andar em certos lugares, por medo de contrair doenças.
- 0 1 2 3 4 Entrar em casa sem trocar as roupas imediatamente.
- 0 1 2 3 4 Encostar roupas ou objetos que considero “sujos” em roupas ou objetos que considero “limpos”.
- 0 1 2 3 4 Usar certas roupas ou objetos pessoais “contaminados” (bolsas, carteiras, chaves, celular).
- 0 1 2 3 4 Uso luvas ou papel para evitar o contato direto com objetos (torneiras, tampa do vaso sanitário) ou até mesmo para cumprimentar pessoas.

➤ OBSESSÕES DE DÚVIDAS E COMPULSÕES DE VERIFICAÇÃO OU CONTROLE (CHECAGENS)

OBSESSÕES

Perturbo-me com a dúvida e necessito verificar ou me certificar se:

- 0 1 2 3 4 Fechei as portas, as janelas, o gás, o fogão, a geladeira, as torneiras.
- 0 1 2 3 4 Desliguei os eletrodomésticos (antes de sair de casa, antes de deitar).
- 0 1 2 3 4 Fechei bem as portas e os vidros do carro, se puxei bem o freio de mão.
- 0 1 2 3 4 Compreendi completamente o parágrafo ou a página que li, a aula ou o filme a que assisti.
- 0 1 2 3 4 Fiz ou não a coisa certa (p. ex., assinei corretamente meu nome em um documento).
- 0 1 2 3 4 Disse ou escrevi algo errado ou impróprio.

- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|---|
- Os outros entenderam perfeitamente o que eu disse.
- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|---|
- Compreendi exatamente o que a pessoa disse.
- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|---|
- Não fiz algo errado (atopelei alguém, disse algo inconveniente).
- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|---|
- Meu trabalho ou o que escrevi está sem falhas.
- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|---|
- O que pensei não é moralmente condenável.
- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|---|
- Minha aparência está perfeita.
- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|---|
- Minhas roupas (cinto, cadarço dos sapatos) estão perfeitamente ajustadas ou simétricas.

COMPULSÕES

Verifico demasiadamente:

- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|---|
- Portas e janelas, gás, torneiras, fogão.
- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|---|
- Interruptores de luz, eletrodomésticos, mesmo após tê-los desligado.
- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|---|
- As coisas que escrevi, para verificar se não cometi nenhum erro ou se escrevi algo errado.
- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|---|
- Documentos, carteira, bolsa, chaves e listas antes de sair de casa.
- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|---|
- Meus *e-mails* ou mensagens no meu celular.
- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|---|
- Portas, vidros, freio de mão do carro.
- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|---|
- No espelho, se estou bem arrumado(a), se os cabelos estão bem penteados.
- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|---|
- No espelho, se estou mais gordo(a) ou mais magro(a).
- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|---|
- Pulso, pressão ou temperatura.
- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|---|
- Se o celular está desligado.
- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|---|
- Extratos bancários, balancetes ou outras somas.
- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|---|
- Diálogos que tive em redes sociais para ver se não escrevi algo errado ou impróprio.
- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|---|
- O espelho retrovisor ou dou voltas na quadra para ter certeza de que não atopelei alguma pessoa.
- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|---|
- Tenho a necessidade de perguntar a mesma coisa várias vezes para ter certeza.

► OBSESSÕES DE CONTEÚDO REPUGNANTE (AGRESSIVO/SEXUAL/BLASFEMO) INDESEJÁVEIS; ESCRUPULOSIDADE

OBSESSÕES DE CONTEÚDO AGRESSIVO

Sou atormentado(a) por pensamentos impulsos ou imagens violentas de:

- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|---|
- Ferir outras pessoas (dar um soco, esfaquear, arranhar, machucar, empurrar alguém na escadaria ou na parada do trem ou ônibus, jogar pela janela, etc.).
- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|---|
- Atropelar pedestres ou animais.

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

Ferir a mim mesmo(a).

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

Engolir agulhas ou outros objetos metálicos, como clipe, parafusos, prendedores.

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

Falar obscenidades, dizer palavrões ou insultar outras pessoas.

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

Fazer coisas que causem embaraço ou que prejudiquem outras pessoas.

EVITAÇÕES

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

Necessito esconder facas, objetos pontudos, colocar telas nas janelas para não machucar outras pessoas.

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

Evito passar perto de pedestres (para não dar um soco) ou me aproximar de familiares por medo de agredi-los.

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

Fico perturbado(a) ao assistir a filmes, trechos de filmes ou programas de televisão que contenham imagens ou cenas violentas, e por isso os evito.

OBSSESSÕES REPUGNANTES DE CONTEÚDO SEXUAL

Sou perturbado(a) por pensamentos ou cenas que me causam repugnância:

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

Praticar sexo com pessoas de minha família ou com pessoas desconhecidas.

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

Molestar sexualmente meus filhos, irmãos/irmãs ou crianças.

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

Praticar sexo violento com outras pessoas, introduzir objetos em seus (ou nos meus) órgãos genitais ou no ânus.

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

Olhar fixamente os órgãos genitais, os seios ou as nádegas de outras pessoas.

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

Tirar a roupa (abaixar as calças, levantar as saias, rasgar a blusa) de outras pessoas.

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

Imaginar as pessoas nuas.

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

Dúvidas em relação a se sou ou não ou se um dia posso me tornar homossexual.

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

Evito lugares como bancas de revistas, além de filmes e fotografias, para não ter pensamentos ou impulsos de conteúdo sexual que me causem repugnância.

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

Outros pensamentos ou impulsos inaceitáveis de conteúdo sexual.

CONTEÚDO RELIGIOSO OU BLASFEMO

OBSSESSÕES

Sou perturbado(a) por pensamentos ou cenas que me causam repugnância:

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

Praticar sexo com a Virgem Maria, com Jesus Cristo, santos, Espírito Santo ou com Deus.

- 0 1 2 3 4 O demônio ou outras entidades malignas.
- 0 1 2 3 4 Cometer sacrilégios (cuspir na hóstia, na cruz, quebrar uma imagem de um santo).
- 0 1 2 3 4 Dizer palavrões, obscenidades ou blasfêmias ou gritar em momentos impróprios (durante o sermão, no momento mais solene de uma cerimônia).
- 0 1 2 3 4 Ser punido(a) por pensamentos blasfemos.

ESCRUPULOSIDADE

Perturbo-me por dúvidas:

- 0 1 2 3 4 De ter feito ou pensado algo certo ou errado, moral ou imoral.
- 0 1 2 3 4 De ter feito ou pensado algo que pode ser pecado; se Deus irá me perdoar.
- 0 1 2 3 4 De não ter dito a verdade de forma absolutamente certa e/ou de não ser completamente honesto(a).
- 0 1 2 3 4 De ter dito uma mentira, trapaceado e/ou prejudicado alguém.
- 0 1 2 3 4 De o que eu fiz (transar ou se masturbar na Sexta-feira Santa, tomar um refrigerante em dia de jejum, etc.) ser ou não pecado.
- 0 1 2 3 4 Por não ter certeza de ter sido absolutamente correto.
- 0 1 2 3 4 Tenho que falar, confessar ou perguntar de forma repetida sobre as coisas que fiz para me certificar de que não fiz algo errado ou de que não magoei outra pessoa.

► OBSESSÕES E RITUAIS DE CARÁTER SUPERSTICIOSO

- 0 1 2 3 4 Tenho medos supersticiosos e pensamentos de que pode me acontecer algo de ruim ou alguma desgraça (p. ex., se passar embaixo de escadas, pisar nas juntas de lajotas, olhar certas pessoas ou locais, olhar um espelho quebrado, virar os chinelos ou não alinhá-los).
- 0 1 2 3 4 Acredito que certos objetos, pessoas, nomes ou palavras podem provocar azar.
- 0 1 2 3 4 Evito olhar ou entrar em funerárias, cemitérios, casas de santos, ler necrológios.
- 0 1 2 3 4 Tenho que rezar ou fazer o sinal da cruz de forma repetida ou em certo horário ou local.
- 0 1 2 3 4 Evito usar certas cores de roupa (vermelhas, pretas), ou usar determinadas roupas por algum outro motivo.
- 0 1 2 3 4 Necessito fazer certas coisas (tocar, ligar e desligar uma lâmpada, rezar) um determinado número de vezes, ou repetir certos atos ou palavras, para dar sorte ou para que não aconteçam desgraças.
- 0 1 2 3 4 Acredito que pensar ou ouvir más notícias pode fazê-las acontecer.

- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|---|
- Acredito, em certos momentos, que posso me transformar em outra pessoa (tocando, olhando).
- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|---|
- Acredito que existem números bons e maus, que dão sorte ou azar.
- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|---|
- Arrumo os objetos de certa maneira para que coisas ruins não aconteçam.
- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|---|
- Evito passar em certos lugares para que não aconteçam desgraças depois.
- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|---|
- Evito dizer ou escrever determinada palavra ou cantar certa música (para não ter azar ou provocar desastres).
- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|---|
- Evito encontrar certas pessoas, olhar sua fotografia ouvê-las na televisão com medo de que dê azar.
- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|---|
- Evito fazer qualquer atividade em determinados dias ou horários.
- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|---|
- Outros medos supersticiosos: _____

➤ OBSESSÕES E COMPULSÕES POR ORDENAÇÃO, SIMETRIA, ALINHAMENTO, REPETIÇÕES, ETC.

- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|---|
- Perturbo-me se os objetos não estão no lugar certo (fora do lugar) ou se estão desarrumados.
- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|---|
- Preocupo-me com a possibilidade de que aconteça algum acidente com alguém da família, a menos que as coisas estejam nos locais exatos ou alinhadas.

Necessito de forma exagerada:

- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|---|
- Manter minha casa e meus objetos perfeitamente em ordem ou no seu lugar.
- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|---|
- Alinhar papéis, objetos, livros e arrumar as roupas.
- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|---|
- Fazer as coisas em determinada ordem ou da forma que considero correta.
- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|---|
- Deixar coisas simétricas: quadros na parede, laços do pacote de presentes, laços do cadarço dos sapatos, os lados da colcha da cama, as cadeiras ao redor da mesa, as roupas no corpo.
- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|---|
- Alinhar os pratos e os talheres na mesa ou a comida no prato.
- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|---|
- Repetir as coisas várias vezes até sentir (ter certeza) que está tudo certo ou como deve ser.
- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|---|
- Dizer as coisas de forma perfeita.
- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|---|
- Fazer as coisas muito devagar ou de forma repetida (como ler e reler documentos), para que não ocorram erros.
- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|---|
- Deixar uma tarefa completa (ler todo o jornal, todo o livro, uma página ou parágrafo por inteiro), mesmo não tendo importância ou não sendo necessário.
- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|---|
- Ler cuidadosamente correspondência inútil ou todo o jornal mesmo se os assuntos não me interessam. Tenho que ler tudo ou por completo, e não deixar nada de fora (completude).

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

Evitar olhar certas peças da casa para não perceber que as coisas estão fora de lugar.

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

Seguir sempre a mesma sequência ao me vestir, me despir, escovar os dentes, ao chegar em casa, tomar banho, me deitar, etc.

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

Outras: _____

➤ OBSESSÕES E COMPULSÕES POR POUPAR, ARMAZENAR OU GUARDAR OBJETOS SEM UTILIDADE E DIFICULDADE EM DESCARTÁ-LOS (COLECCIONAMENTO)

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

Guardo coisas sem utilidade e sem valor afetivo, como embalagens vazias, revistas ou jornais velhos, sucatas, notas fiscais antigas, anúncios ou correspondências vencidas.

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

Guardo eletrodomésticos que não têm conserto, roupas e sapatos que não serão mais usados, etc.

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

Tenho dificuldade para me desfazer de coisas sem utilidade que atravancam muitos espaços na minha casa.

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

Armazeno alimentos ou outros itens muito além do que posso consumir ou usar.

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

Evito usar coisas novas ou até mesmo guardo sem nunca usá-las.

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

Poupo excessivamente ou sofro caso tenha que gastar, mesmo tendo dinheiro disponível.

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

Tenho dificuldade em deletar *e-mails*, ligações ou mensagens do celular mesmo se a caixa postal estiver cheia.

➤ OBSESSÕES E COMPULSÕES SOMÁTICAS

OBSESSÕES

Tenho medo ou preocupação excessiva:

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

De vir a ter uma doença grave (aids, câncer, hepatite).

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

De que certas partes de meu corpo ou algum aspecto de minha aparência sejam feios, muito pequenos ou muito grandes, desfigurados e assimétricos (transtorno dismórfico corporal).

COMPULSÕES

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

Verifico demasiadamente minha aparência no espelho.

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

Demoro muito tempo para escolher a roupa adequada.

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

Questiono muito os outros sobre minha aparência.

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

Repto muito exames e consultas médicas para possíveis sintomas de doenças.

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

Reviso muito minha pele (espinhas, sinais) para ver se ela está perfeita.

> REPETIÇÕES, CONTAGENS E COMPULSÕES MENTAIS

Necessito de forma exagerada:

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

Relet ou reescrever repetidamente parágrafos ou páginas.

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

Repetir atividades rotineiras: entrar e sair de um lugar, sentar e levantar da cadeira, passar o pente nos cabelos, amarrar e desamarrar o cadarço dos sapatos, tirar e colocar uma peça de roupa.

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

Tocar em objetos, móveis, paredes ou fazer uma tarefa um determinado número de vezes.

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

Contar enquanto estou fazendo algo.

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

Fazer contagens sem uma razão especial.

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

Repetir certas palavras ou frases um determinado número de vezes.

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

Memorizar fatos e informações, filmes, nomes de artistas de forma completa.

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

Repassar repetidamente situações passadas para lembrá-las perfeitamente.

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

Repetir certa sequência de palavras, números, letras.

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

Fazer cálculos matemáticos (números das placas de carros, número de letras das palavras, etc.).

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

Repetir certas palavras ou frases ao contrário.

Quais? _____

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

Saber ou lembrar nomes de pessoas, artistas, cantores ou o conteúdo de anúncios luminosos, letreiros, placas de carro, etc.

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

Repetir uma palavra ou imagem “boa” para anular uma palavra ou imagem “ruim”.

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

Fazer algumas dessas repetições ou contagens para, com isso, evitar que algo de muito ruim possa acontecer.

Quais? _____

> OBSESSÕES DIVERSAS

OBSSESSÕES

Perturbo-me demasiadamente com a possibilidade:

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

De dizer certas coisas ou palavras de forma errada ou esquecendo detalhes.

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

De perder coisas.

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

De cometer erros.

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

De minha mente ser invadida por certas imagens (não violentas).

Quais? _____

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

De minha mente ser invadida por sons, palavras ou músicas sem sentido.

Quais? _____

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

Preocupação demasiada com certas funções corporais: respiração, deglutição, piscar de olhos, irregularidades nos dentes.

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

Certos sons ou barulhos (relógio, buzinas, sons de carros) aos quais não consigo deixar de prestar atenção.

► COMPULSÕES DIVERSAS

Necessito:

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

Fazer listas, mesmo de atividades rotineiras que se repetem todos os dias da semana.

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

Tocar, bater de leve ou roçar em objetos, móveis, paredes.

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

Olhar fixamente ou para os lados, estalar os dedos ou as articulações (juntas) dos ossos do corpo.

► COMPORTAMENTOS RELACIONADOS AO TOC

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

Arrancar cabelos, pelos pubianos, fios das sobrancelhas, pelos das axilas.

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

Roer unhas, morder as cutículas.

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

Beliscar e mexer nos olhos com força.

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

Coçar a cabeça, cutucar os dentes com a língua, espremer espinhas de forma excessiva.

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

Comprar compulsivamente (por impulso, sem planejamento prévio e geralmente sem necessidade).

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

Piscar os olhos, movimentar a cabeça, os ombros (tiques motores), ou emitir sons, pigarrear (tiques vocais).

Escala de Sintomas Obsessivo-compulsivos Yale-Brown (Y-BOCS)¹

INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO

Para responder às perguntas da Y-BOCS, identifique junto com o terapeuta uma ou mais de suas obsessões (as que mais o(a) incomodam) e procure responder às cinco questões relativas a obsessões. Depois, identifique uma ou mais de suas compulsões (as que mais o(a) prejudicam) e, da mesma forma, responda às cinco perguntas relativas a compulsões. Você obterá três notas: uma correspondente à soma dos escores obtidos nas perguntas sobre obsessões, outra relativa à soma dos escores obtidos nas perguntas sobre compulsões, e o escore total.

➤ OBSESSÕES

1. Tempo ocupado pelos pensamentos obsessivos (ou obsessões)

Quanto de seu tempo é ocupado por pensamentos obsessivos?

- 0. **Nenhum**
- 1. **Leve:** menos de 1 hora por dia, ou intrusões (invasões de sua mente) ocasionais
- 2. **Moderado:** 1 a 3 horas por dia, ou intrusões frequentes
- 3. **Grave:** mais de 3 horas até 8 horas por dia, ou intrusões muito frequentes
- 4. **Muito grave:** mais de 8 horas por dia, ou intrusões quase constantes

2. Interferência gerada pelos pensamentos obsessivos

Até que ponto seus pensamentos obsessivos interferem em sua vida social ou profissional?

- 0. **Nenhuma interferência**
- 1. **Leve:** leve interferência nas atividades sociais ou ocupacionais, mas o desempenho global não está comprometido

2. **Moderada:** clara interferência no desempenho social ou ocupacional, mas conseguindo ainda desempenhar
3. **Grave:** provoca comprometimento considerável no desempenho social ou ocupacional
4. **Muito grave:** incapacitante

3. Sofrimento relacionado aos pensamentos obsessivos

Até que ponto seus pensamentos obsessivos perturbam-no(a) ou provocam mal-estar?

0. **Nenhuma perturbação**
1. **Leve:** pouca perturbação
2. **Moderada:** perturbador, mas ainda controlável
3. **Grave:** muito perturbador
4. **Muito grave:** mal-estar quase constante e incapacitante

4. Resistência às obsessões

Até que ponto você se esforça para resistir aos pensamentos obsessivos? Com que frequência tenta não ligar ou distrair a atenção desses pensamentos quando eles invadem sua mente?

0. **Sempre faz esforço para resistir**, ou tem sintomas mínimos que não necessitam de resistência ativa
1. **Tenta resistir na maior parte das vezes**
2. **Faz algum esforço para resistir**
3. **Cede a todas as obsessões sem tentar controlá-las**, ainda que faça algum esforço para afastá-las
4. **Cede completamente a todas as obsessões de modo voluntário**

5. Grau de controle sobre os pensamentos obsessivos

Até que ponto você consegue controlar seus pensamentos obsessivos? É habitualmente bem-sucedido(a) quando tenta afastar a atenção dos pensamentos obsessivos ou interrompê-los? Consegue afastá-los?

0. **Controle total**
1. **Bom controle:** habitualmente capaz de interromper ou afastar as obsessões com algum esforço e concentração
2. **Controle moderado:** algumas vezes é capaz de interromper ou afastar as obsessões
3. **Controle leve:** raramente bem-sucedido(a); quando tenta interromper ou afastar as obsessões, consegue somente desviar a atenção, com dificuldade
4. **Nenhum controle:** as obsessões são experimentadas como completamente involuntárias; raras vezes capaz, mesmo que de forma momentânea, de modificar seus pensamentos obsessivos

➤ COMPULSÕES (RITUAIS)

6. Tempo gasto com comportamentos compulsivos (compulsões ou rituais)

Quanto tempo você gasta executando rituais? Se compararmos ao tempo habitual de que a maioria das pessoas necessita, quanto tempo a mais você usa para executar suas atividades rotineiras devido aos seus rituais?

0. Nenhum

1. **Leve:** passa menos de 1 hora por dia realizando compulsões, ou ocorrência ocasional de comportamentos compulsivos
2. **Moderado:** passa 1 a 3 horas por dia realizando compulsões, ou execução frequente de comportamentos compulsivos
3. **Grave:** passa de 3 a 8 horas por dia realizando compulsões, ou execução muito frequente de comportamentos compulsivos
4. **Muito grave:** passa mais de 8 horas por dia realizando compulsões, ou execução quase constante de comportamentos compulsivos, muito numerosos para contar

7. Interferência provocada pelos comportamentos compulsivos

Até que ponto suas compulsões interferem em sua vida social ou em suas atividades profissionais? Existe alguma atividade que você deixa de fazer em razão das compulsões?

0. Nenhuma interferência

1. **Leve:** leve interferência nas atividades sociais ou ocupacionais, mas o desempenho global não está comprometido
2. **Moderada:** clara interferência no desempenho social ou ocupacional, mas conseguindo ainda desempenhar
3. **Grave:** comprometimento considerável do desempenho social ou ocupacional
4. **Muito grave:** incapacitante

8. Desconforto relacionado ao comportamento compulsivo

Como você se sentiria se fosse impedido(a) de realizar suas compulsões? Até que ponto ficaria ansioso(a)?

0. Nenhum desconforto

1. **Leve:** ligeiramente ansioso(a) se as compulsões fossem interrompidas ou ligeiramente ansioso(a) durante sua execução
2. **Moderado:** a ansiedade subiria para um nível controlável se as compulsões fossem interrompidas, ou ligeiramente ansioso(a) durante sua execução
3. **Grave:** aumento acentuado e muito perturbador da ansiedade se as compulsões fossem interrompidas, ou aumento acentuado e muito perturbador durante sua execução
4. **Muito grave:** ansiedade incapacitante com qualquer intervenção que possa modificar as compulsões, ou ansiedade incapacitante durante a execução das compulsões

9. Resistência às compulsões

Até que ponto você se esforça para resistir às compulsões?

0. **Sempre faz esforço para resistir**, ou tem sintomas mínimos que não necessitam de resistência ativa
1. **Tenta resistir na maioria das vezes**
2. **Faz algum esforço para resistir**
3. **Cede a quase todas as compulsões sem tentar controlá-las, ainda que as faça com alguma relutância**
4. **Cede completamente a todas as compulsões de modo voluntário**

10. Grau de controle sobre as compulsões

Com que pressão você se sente obrigado a executar as compulsões? Até que ponto consegue controlá-las?

0. Controle total

1. **Bom controle**: sente-se pressionado(a) a executar as compulsões, mas tem algum controle voluntário
2. **Controle moderado**: sente-se fortemente pressionado(a) a executar as compulsões e somente consegue controlá-las com dificuldade
3. **Controle leve**: pressão forte para executar as compulsões; o comportamento compulsivo tem de ser executado até o fim, e somente com dificuldade consegue retardar a realização das compulsões
4. **Nenhum controle**: sente-se completamente dominado(a) pela pressão para executar as compulsões; tal pressão é sentida como fora do controle voluntário; raramente se sente capaz de retardar a execução de compulsões

Registre as notas:

Obsessões: _____

Compulsões: _____

Escore total: _____

REFERÊNCIA

1. Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, Mazure C, Fleischmann RL, Hill CL, et al. The Yale-brown obsessive compulsive scale. I. Development, use, and reliability. Arch Gen Psychiatry. 1989;46(11):1006-11. Escala traduzida por Asbahar FR e colaboradores, publicada na obra Miguel EC. Transtornos do espectro obsessivo-compulsivo. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 1996. p. 219-30.

FORMULÁRIO

4

Inventário de Obsessões e Compulsões (OCI-R)

As afirmações a seguir referem-se a experiências que muitas pessoas vivenciam diariamente. Circule o número que melhor descreve **O QUANTO** a experiência mencionada o(a) tem incomodado ou causado aflição **NESTE ÚLTIMO MÊS**. Os números referem-se às seguintes expressões verbais:

0 = Nem um pouco

1 = Um pouco

2 = Moderadamente

3 = Muito

4 = Extremamente

-
- | | | |
|----|---|-----------------------|
| 1. | Tenho acumulado tantas coisas que elas já estão me atrapalhando. | 0 1 2 3 4 |
| 2. | Verifico coisas mais vezes do que é necessário. | 0 1 2 3 4 |
| 3. | Fico chateado(a) se os objetos não estão arrumados corretamente. | 0 1 2 3 4 |
| 4. | Sinto vontade de contar enquanto estou fazendo coisas. | 0 1 2 3 4 |
| 5. | Sinto dificuldade de tocar em um objeto se sei que já foi tocado por estranhos ou por certas pessoas. | 0 1 2 3 4 |
| 6. | Tenho dificuldade de controlar meus próprios pensamentos. | 0 1 2 3 4 |
| 7. | Coleciono coisas de que não preciso. | 0 1 2 3 4 |
| 8. | Verifico repetidamente as portas, janelas, gavetas, etc. | 0 1 2 3 4 |
| 9. | Fico chateado(a) se outras pessoas mudam as coisas que arrumei. | 0 1 2 3 4 |

10. Sinto necessidade de repetir certos números. 0 1 2 3 4
11. Às vezes tenho que me lavar simplesmente porque me sinto contaminado(a). 0 1 2 3 4
12. Pensamentos desagradáveis que invadem minha mente contra minha vontade me deixam chateado(a). 0 1 2 3 4
13. Evito jogar coisas fora, pois tenho medo de precisar delas em um outro momento. 0 1 2 3 4
14. Verifico repetidamente o gás, as torneiras e os interruptores de luz após desligá-los. 0 1 2 3 4
15. Necessito de que as coisas estejam arrumadas em uma determinada ordem. 0 1 2 3 4
16. Acredito que há números bons e ruins. 0 1 2 3 4
17. Lavo minhas mãos mais vezes que o necessário. 0 1 2 3 4
18. Tenho pensamentos impróprios com frequência e dificuldade em me livrar deles. 0 1 2 3 4

Total de pontos: _____

REFERÊNCIA

Souza FP, Foa EB, Meyer E, Niederauer KG, Raffin AL, Cordioli AV. Obsessive-compulsive inventory and obsessive-compulsive inventory-revised scales: translation into Brazilian Portuguese and cross-cultural adaptation. Rev Bras Psiquiatr. 2008;30(1):42-6.

FORMULÁRIO

5

Diário de sintoma ou mapa do TOC

INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO

Escolha um ou mais dias da semana que você considere os piores, nos quais você apresenta o maior número de sintomas, e preencha o diário ou mapa do TOC. Anote na planilha a data, o horário, a situação ou o local que desencadeou a obsessão, qual o medo obsessivo, o ritual que realizou ou o que evitou e o grau da perturbação sentido:

0. Nenhuma perturbação
1. Leve
2. Moderada
3. Grave
4. Muito grave

Registro de pensamentos disfuncionais

INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO

Identifique dia, horário, local ou situação em que foi perturbado(a) por uma obsessão ou em que foi compelido(a) a realizar um ritual. Responda as seguintes perguntas, anotando no formulário as suas respostas.

- (A) Situação ativadora: Em que situação, local ou momento foi perturbado(a) por algum pensamento negativo ou catastrófico ou imagem desagradável? Anote a situação na grade.
- (B) Pensamentos automáticos (obsessões): O que passou pela minha cabeça naquele momento (medo de contaminação, de acontecer uma desgraça, falhar)? As respostas a essa questão são os seus pensamentos automáticos.
- (C) Consequências: O que você sentiu na ocasião (medo, aflição, culpa, nojo)? O que você foi levado a fazer para se livrar do desconforto ou do medo (ritual, evitação, ritual mental)? Se cedeu ao impulso de realizar um ritual ou de evitar o contato?
- (D) Crenças disfuncionais: Além dos três itens do ABC, acrescentamos um quarto: “crenças disfuncionais”, para você se familiarizar com esse conceito da terapia cognitiva. Responda as seguintes perguntas. No TOC, as crenças erradas mais frequentes são: 1) Exagerar o risco; 2) Exagerar a responsabilidade; 3) Exagerar o poder do pensamento e a necessidade de controlá-lo; 4) Fusão do pensamento e da ação (acreditar que pensar equivale a praticar ou indica risco de praticar); 5) Pensamento mágico (agir a distância, no futuro, ou transmitir propriedades negativas pelo contato ou semelhança); 6) Intolerância à incerteza e 7) Perfeccionismo.

FORMULÁRIO

7

Obsessional Beliefs
Questionnaire
(OBQ-44)^{1,2}

Nome: _____ Data da aplicação: _____

Este inventário lista diferentes atitudes ou crenças que as pessoas algumas vezes apresentam. Leia com atenção cada afirmativa e decida o quanto você concorda ou discorda em relação a ela. Para cada uma das alternativas, escolha o número correspondente à resposta que melhor descreve como você pensa. Pelo fato de as pessoas serem diferentes, **não há respostas certas ou erradas**. Para decidir se uma determinada afirmativa é típica de sua maneira de ver as coisas, simplesmente tenha em mente o que você é na maior parte do tempo.

1	2	3	4	5	6	7
Discordo totalmente	Discordo moderadamente	Discordo um pouco	Nem concordo nem discordo	Concordo um pouco	Concordo moderadamente	Concordo totalmente

IMPORTANTE: Ao atribuir suas notas, tente evitar o ponto médio da escala (4), indicando, de preferência se você, em geral, discorda ou concorda com as afirmativas sobre suas próprias crenças e atitudes.

1. Eu frequentemente penso que as coisas ao meu redor são perigosas. 1 2 3 4 5 6 7
2. Se eu não tiver absoluta certeza de alguma coisa, sem dúvida eu vou errar. 1 2 3 4 5 6 7
3. As coisas deveriam ser perfeitas de acordo com minhas próprias normas/regras. 1 2 3 4 5 6 7
4. A fim de ser uma pessoa de valor (digna), devo ser perfeito(a) em tudo que faço. 1 2 3 4 5 6 7
5. Quando percebo que tenho chance, devo agir para evitar que coisas ruins aconteçam. 1 2 3 4 5 6 7
6. Mesmo que algo ruim tenha pouca probabilidade de ocorrer, devo tentar prevenir a qualquer custo. 1 2 3 4 5 6 7
7. Para mim, ter vontade de fazer algo ruim é o mesmo que fazê-lo. 1 2 3 4 5 6 7

1	2	3	4	5	6	7
Discordo totalmente	Discordo moderadamente	Discordo um pouco	Nem concordo nem discordo	Concordo um pouco	Concordo moderadamente	Concordo totalmente
8. Se eu não agir quando sentir o perigo, serei responsável por quaisquer consequências.						
1 2 3 4 5 6 7						
9. Se não puder fazer algo perfeito, eu não deveria fazer nada.						
1 2 3 4 5 6 7						
10. Devo dar o máximo de mim o tempo todo.						
1 2 3 4 5 6 7						
11. É muito importante para mim considerar todas as alternativas possíveis de uma situação.						
1 2 3 4 5 6 7						
12. Mesmo tendo pequenos erros, significa que o trabalho não está completo.						
1 2 3 4 5 6 7						
13. Se eu tiver pensamentos ou impulsos agressivos sobre as pessoas importantes para mim, isso significa que, secretamente, quero machucá-las.						
1 2 3 4 5 6 7						
14. Devo sempre ter certeza das minhas decisões.						
1 2 3 4 5 6 7						
15. Em todas as atividades diárias, falhar em prevenir os danos é tão ruim quanto provocá-los.						
1 2 3 4 5 6 7						
16. Evitar problemas graves (p. ex., doença ou acidentes) exige constante esforço de minha parte.						
1 2 3 4 5 6 7						
17. Para mim, não prevenir dano é tão ruim quanto causá-lo.						
1 2 3 4 5 6 7						
18. Eu deveria ficar triste se cometesse um erro.						
1 2 3 4 5 6 7						
19. Eu devo ter certeza que os outros estejam protegidos de quaisquer consequências negativas dos meus atos ou decisões.						
1 2 3 4 5 6 7						
20. Para mim, as coisas não estão corretas se não estiverem perfeitas.						
1 2 3 4 5 6 7						
21. Ter pensamentos horríveis significa que sou uma pessoa má.						
1 2 3 4 5 6 7						
22. Se não tomar cuidados extras (além dos usuais), tenho mais chance do que os outros de sofrer ou causar um sério acidente.						
1 2 3 4 5 6 7						
23. Para me sentir seguro(a), tenho que estar tão preparado(a) quanto for possível para qualquer coisa que possa dar errado.						
1 2 3 4 5 6 7						
24. Eu não deveria ter pensamentos bizarros ou revoltantes.						
1 2 3 4 5 6 7						
25. Para mim, cometer um erro é tão ruim quanto falhar totalmente.						
1 2 3 4 5 6 7						
26. É essencial que tudo seja bem claro (compreensível), mesmo nos mínimos detalhes.						
1 2 3 4 5 6 7						
27. Ter pensamentos pecaminosos é tão ruim quanto cometê-los.						
1 2 3 4 5 6 7						
28. Eu deveria ser capaz de livrar minha mente de pensamentos indesejáveis.						
1 2 3 4 5 6 7						
29. Tenho mais probabilidade do que as outras pessoas de accidentalmente causar danos a mim mesmo ou aos outros.						
1 2 3 4 5 6 7						

1	2	3	4	5	6	7
Discordo totalmente	Discordo moderadamente	Discordo um pouco	Nem concordo nem discordo	Concordo um pouco	Concordo moderadamente	Concordo totalmente
30. Ter maus pensamentos significa que eu sou estranho ou anormal.					1 2 3 4 5 6 7	
31. Devo ser o melhor nas coisas que são importantes para mim.					1 2 3 4 5 6 7	
32. Ter um pensamento ou imagem sexual indesejados significa que eu realmente quero realizá-los.				1 2 3 4 5 6 7		
33. Se minhas ações pudessem ter um efeito, mesmo pequeno, sobre alguma possível desgraça, eu seria o responsável pelo ocorrido.				1 2 3 4 5 6 7		
34. Mesmo quando sou cuidadoso(a), frequentemente penso que coisas ruins irão ocorrer.				1 2 3 4 5 6 7		
35. Ter pensamentos intrusivos (que involuntariamente invadem minha mente) significa que estou fora de controle.				1 2 3 4 5 6 7		
36. Eventos prejudiciais poderão acontecer, a menos que eu seja muito cuidadoso(a).				1 2 3 4 5 6 7		
37. Devo trabalhar em algo até que fique perfeito.				1 2 3 4 5 6 7		
38. Ter pensamentos violentos significa que vou perder o controle e me tornarei violento(a).				1 2 3 4 5 6 7		
39. Para mim, não conseguir evitar um desastre é tão ruim quanto causá-lo.				1 2 3 4 5 6 7		
40. Se eu não fizer um trabalho perfeito, as pessoas não me respeitarão.				1 2 3 4 5 6 7		
41. Mesmo experiências comuns (do dia a dia) na minha vida, são cheias de risco.				1 2 3 4 5 6 7		
42. Ter um mau pensamento equivale moralmente a praticar uma má ação.				1 2 3 4 5 6 7		
43. Não importa o que eu faça, nunca será bom o suficiente.				1 2 3 4 5 6 7		
44. Se não controlar meus pensamentos, serei punido(a).				1 2 3 4 5 6 7		

ESCORE:

RT = Responsabilidade/Estimação de danos (1, 5, 6, 8, 15, 16, 17, 19, 22, 23, 29, 33, 34, 36, 39, 41)

PC = Perfeccionismo/Certeza (2, 3, 4, 9, 10, 11, 12, 14, 18, 20, 25, 26, 31, 37, 40, 43)

ICT = Importância/Controle dos pensamentos (7, 13, 21, 24, 27, 28, 30, 32, 35, 38, 42, 44)

REFERÊNCIAS

1. Bortoncello CF, Vivan A, Gomes JB, Cordioli AV. Translation and adaptation into Brazilian Portuguese of the Obsessional Beliefs Questionnaire (OBQ-44). Trends Psychiatry Psychother. 2012;34(1):31-7.

2. Bortoncello CF, Braga DT, Gomes JB, Souza FP, Cordioli AV. Psychometric properties of the Brazilian version of the Obsessive Beliefs Questionnaire (OBQ-44). J Anxiety Disord. 2012;26:430- 4.

Escala de acomodação familiar para o transtorno obsessivo-compulsivo pontuada pelo entrevistador (FAS-IR)^{1,2}

Nome: _____ Relação de parentesco: _____

Entrevistador: _____ Data: ____ / ____ / ____

A escala FAS-IR é composta de duas etapas. A primeira etapa da entrevista avalia os tipos de sintomas obsessivo-compulsivos que o paciente apresenta, na percepção do familiar. Essa parte não está impressa devido ao número de folhas necessárias para tê-la na íntegra. Descrevemos abaixo a segunda etapa da escala, composta de 12 questões que avaliam os níveis de acomodação familiar. Essas perguntas estão com as instruções resumidas, pois nosso objetivo é apenas que o leitor possa ter conhecimento de como é o instrumento.

Para os interessados em aplicar a escala, favor solicitar a versão completa para Juliana Gomes pelo e-mail: ju_gomes@terra.com.br

RELATÓRIO DO FAMILIAR DE COMPORTAMENTOS DE ACOMODAÇÃO

INSTRUÇÕES GERAIS PARA O FAMILIAR:

“O propósito (motivo) desta entrevista é verificar as maneiras como você pode estar modificando seus comportamentos ou suas rotinas para acomodar os sintomas do(a) (nome do paciente). “Você me contou que o(a) (nome do paciente) tem os seguintes sintomas: ... (*rever a lista de sintomas do paciente elaborada na primeira etapa da entrevista*). Eu, agora, vou perguntar sobre as formas como você tem respondido ao(à) (nome do paciente) e a seus sintomas durante a última semana”.

(Formule exemplos de acomodação para cada pergunta usando os sintomas específicos da lista de sintomas do paciente.)

1. PROVENDO REASSEGURAMENTO (DANDO CONFIANÇA, TRANQUILIZANDO)

“Durante a última semana, quando o(a) (nome do paciente) demonstrou preocupação, medo ou dúvidas relacionados a obsessões ou compulsões, você tentou tranquilizá-lo(a), reafirmando que ele(a) não tem que se preocupar, que não há motivos para suas preocupações ou que os rituais que já realizou resolveram suas preocupações?” Exemplos podem incluir dizer ao familiar que ele(a) não está contaminado(a), ou que já limpou ou verificou o suficiente.

N/A = Não se aplica. Paciente não apresentou sintomas de TOC na última semana.

- 0 = Nenhuma
- 1 = 1 vez/semana
- 2 = 2-3 vezes/semana
- 3 = 4-6 vezes/semana
- 4 = Todo dia

2. ASSISTINDO AOS RITUAIS DO PACIENTE

“Durante a última semana, você deliberadamente (intencionalmente) assistiu à realização completa dos rituais do(a) (nome do paciente) quando ele(a) solicitou ou porque você imaginou que ele(a) queria que fosse assim?”

N/A = Não se aplica. Paciente não apresentou sintomas de TOC na última semana.

- 0 = Nenhuma
- 1 = 1 vez/semana
- 2 = 2-3 vezes/semana
- 3 = 4-6 vezes/semana
- 4 = Todo dia

3. ESPERANDO PELO PACIENTE

“Durante a última semana, você esperou que o(a) (nome do paciente) completasse os comportamentos compulsivos, resultando em interferência nos planos que você tinha feito?”

N/A = Não se aplica. Paciente não apresentou sintomas de TOC na última semana.

- 0 = Nenhuma
- 1 = 1 vez/semana
- 2 = 2-3 vezes/semana
- 3 = 4-6 vezes/semana
- 4 = Todo dia

4. CONTENDO-SE PARA NÃO DIZER OU FAZER COISAS

“Durante a última semana, houve coisas que você não fez ou não disse por causa do TOC do(a) (nome de paciente)?” Por exemplo, os familiares podem não entrar em algumas áreas da casa,

não ter contato físico com o paciente com TOC, ou podem evitar falar algumas coisas relacionados às obsessões do paciente.

N/A = Não se aplica. Paciente não apresentou sintomas de TOC na última semana.

0 = Nenhuma

1 = 1 vez/semana

2 = 2-3 vezes/semana

3 = 4-6 vezes/semana

4 = Todo dia

5. PARTICIPANDO DAS COMPULSÕES

“Durante a última semana, você se envolveu com as compulsões ou os comportamentos que considera estranhos ou sem sentido porque o paciente pediu ou porque você pensou que o(a) (nome do paciente) iria querer que você fizesse essas coisas?” Por exemplo, familiares podem lavar suas mãos mais vezes do que sentem ser necessário (ou de modo ritualizado), ou podem verificar os queimadores (bicos) do fogão repetidamente, mesmo que acreditem que os queimadores (bicos) não estão acesos.

N/A = Não se aplica. Paciente não apresentou sintomas de TOC na última semana.

0 = Nenhuma

1 = 1 vez/semana

2 = 2-3 vezes/semana

3 = 4-6 vezes/semana

4 = Todo dia

6. FACILITANDO AS COMPULSÕES

“Houve vezes, na última semana, em que suas ações tornaram possível ao(à) (nome do paciente) completar seu ritual (sem que você estivesse diretamente envolvido(a) na facilitação dos rituais)?” Por exemplo, um familiar pode fornecer a um parente com TOC as coisas que ele necessita para realizar os rituais ou as compulsões, tais como comprar quantidades excessivas de sabão ou produtos de limpeza. Outros exemplos: dirigir o carro de volta para que o paciente possa verificar se as portas da casa estão trancadas, ou criar um espaço extra na casa para os itens guardados do paciente.

N/A = Não se aplica. Paciente não apresentou sintomas de TOC na última semana.

0 = Nenhuma

1 = 1 vez/semana

2 = 2-3 vezes/semana

3 = 4-6 vezes/semana

4 = Todo dia

7. FACILITANDO A EVITAÇÃO

“Na última semana, você esteve envolvido nos esforços do(a) (nome de paciente) para evitar pessoas, lugares ou coisas? Ou você fez alguma coisa que permitiu a ele(a) evitar?” Por exemplo, familiares podem dar desculpas porque o paciente diz que não pode assistir a uma situação social devido a preocupações relacionadas ao TOC, ou fazem um desvio no trajeto de carro porque o familiar quer evitar uma área “contaminada”, ou abrem uma porta para que o familiar não tenha que tocar em uma “maçaneta contaminada”.

N/A = Não se aplica. Paciente não apresentou sintomas de TOC na última semana.

- 0 = Nenhuma
- 1 = 1 vez/semana
- 2 = 2-3 vezes/semana
- 3 = 4-6 vezes/semana
- 4 = Todo dia

8. TOLERANDO COMPORTAMENTOS ESTRANHOS/ROMPIMENTO DOMÉSTICO

“Durante a última semana, você tolerou comportamentos estranhos do(a) (nome de paciente) (p. ex., ações repetitivas como entrar e sair de uma porta), ou você tolerou condições incomuns em sua casa por causa do TOC do(a) (nome de paciente) (p. ex., deixar a casa atravancada por jornais velhos ou ignorar o repetido fechar e abrir das portas)?”

(Nessa questão o avaliador prioriza sua própria percepção na hora de pontuar)

N/A = Não se aplica. Paciente não apresentou sintomas de TOC na última semana.

- 0 = Não.
- 1 = Leve; tolerou comportamentos/situações ligeiramente incomuns.
- 2 = Moderado; tolerou comportamentos/situações que são um tanto incomuns.
- 3 = Grave; tolerou comportamentos/situações muito incomuns.
- 4 = Extremo; tolerou comportamentos/situações extremamente aberrantes.

9. AJUDANDO O PACIENTE COM TAREFAS DA VIDA DIÁRIA OU DECISÕES SIMPLES

“Durante a última semana, você ajudou o(a) (nome do paciente) a completar tarefas simples da vida diária ou a tomar decisões simples quando a habilidade de funcionamento dele(a) foi prejudicada pelo TOC? Por exemplo, ajudá-lo(a) a se vestir, se banhar ou decidir o que comer?”

N/A = Não se aplica. Paciente não apresentou sintomas de TOC na última semana.

- 0 = Nunca
- 1 = 1 vez/semana
- 2 = 2-3 vezes/semana

- 3 = 4-6 vezes/semana
 4 = Todo dia

10. ASSUMINDO AS RESPONSABILIDADES DO PACIENTE

“Você assume tarefas que são de responsabilidade do(a) (nome de paciente), mas que ele(a) não pode executar adequadamente por causa do TOC?” Exemplos incluem pagar suas contas ou cuidar de seus filhos.

(Nessa questão o avaliador prioriza sua própria percepção na hora de pontuar)

N/A = Não se aplica. Paciente não apresentou sintomas de TOC na última semana.

- 0 = Não.
 1 = Leve; ocasionalmente controla uma das responsabilidades do paciente, mas não houve nenhuma mudança significativa no papel dele(a).
 2 = Moderado; assumiu as responsabilidades do paciente em uma área.
 3 = Grave; assumiu as responsabilidades de paciente em mais de uma área.
 4 = Extremo; assumiu a maioria ou todas as responsabilidades do paciente.

11. MODIFICANDO SUA ROTINA PESSOAL

“Você está atualmente modificando suas atividades de lazer, ou seu trabalho, ou responsabilidades familiares por causa do TOC do(a) (nome de paciente)?” Exemplos de mudança da própria rotina incluem passar menos tempo em atividades de convívio social ou exercícios físicos (lazer), ou mudar a sua programação de trabalho para dedicar mais tempo atendendo a pessoa com TOC.

(Nessa questão o avaliador prioriza sua própria percepção na hora de pontuar)

N/A = Não se aplica. Paciente não apresentou sintomas de TOC na última semana.

- 0 = Não.
 1 = Leve; rotina levemente modificada, mas foi capaz de cumprir as responsabilidades da família e/ou do trabalho e de se ocupar com atividades de lazer.
 2 = Moderado; rotina definitivamente modificada em uma área (família, trabalho ou lazer).
 3 = Grave; rotina definitivamente modificada em mais de uma área.
 4 = Extremo; incapaz de atender às responsabilidades de trabalho ou da família ou de ter qualquer tempo de lazer devido ao TOC do paciente.

12. MODIFICANDO A ROTINA DA FAMÍLIA

“Você está atualmente modificando o que considera uma rotina familiar habitual devido ao TOC do(a) (nome do paciente)?” Exemplos incluem alterar os hábitos de cozinhar ou de limpeza da família.

(Nessa questão o avaliador prioriza sua própria percepção na hora de pontuar)

N/A = Não se aplica. Paciente não apresentou sintomas de TOC na última semana.

0 = Não.

1 = Leve; a rotina familiar foi um pouco modificada, mas permaneceu essencialmente inalterada.

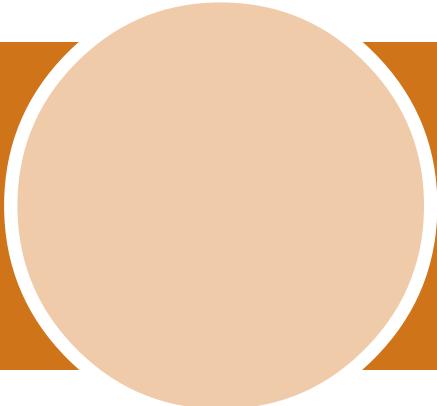
2 = Moderado; a rotina familiar foi definitivamente alterada em uma área.

3 = Grave; a rotina familiar foi definitivamente alterada em mais de uma área.

4 = Extremo; a rotina familiar foi alterada na maior parte das áreas ou em todas elas.

REFERÊNCIAS

1. Gomes JB, Calvocoressi L, Van Noppen B, Pato M, Meyer E, Braga DT, et al. Translation and adaptation into Brazilian Portuguese of the Family Accommodation Scale for Obsessive-Compulsive disorder: Interviewer-Rated (FAS-IR). Rev Psiquiatr Rio G do Sul. 2010;32:102-12.
2. Calvocoressi L, Mazure CM, Kasl SV, Skolnick J, Fisk D, Vesgo SJ, et al. Reliability and validity of the family accommodation scale for obsessive-compulsive disorder. J Nerv Ment Disord. 1999;187:636-42.



Índice

A

Acomodação familiar, 21, 321-322, 341-344, 396-397
Acumulação compulsiva e transtorno de acumulação, 278-298, 326-327, 339-340
associada a problemas neurológicos, 284
características clínicas, 279-282
acumulação de animais, 281-282
armazenagem excessiva de alimentos, 281
compulsão por poupar dinheiro, 280-281
lixo eletrônico, 281
como sintoma do TOC, 282-283
critérios diagnósticos (DSM-5), 285-286
genética, 288
interferência no funcionamento familiar, 339-340
modelo cognitivo, 289-291
apego emocional excessivo aos objetos, 290-291
crenças distorcidas sobre seus pertences, 291
déficits cognitivos e no processamento de informações, 290
evitação e reforço negativo, 291
na infância, 286-287
neurofisiologia e neuropsicologia, 288-289
prevalência, 287-288
primária ou secundária: diagnóstico diferencial, 284
síndrome de Diógenes, 284-285
TCC – etapas, 292-297
avaliação inicial, 292-293
compulsões por poupar, 296-297
estabelecimento de metas, 294-295

experimento comportamental, 296
introdução de comportamentos alternativos, 296
psicoeducação, 293
reestruturação cognitiva, 295-296
término do tratamento, 297
tratamentos, 291-292
medicamentos, 291-292
TCC, 292
Adolescentes e TOC, 286-287 *ver também Infância e adolescência e TOC*
e acumulação compulsiva secundária, 286-287
Álcool, abuso ou dependência do (como comorbidade), 47
Alinhamento *ver Obsessões e compulsões por simetria, ordenação, sequência ou alinhamento*
Alterações de volumes cerebrais e TOC, 61-62
Alterações neurofisiológicas e TOC, 62-66
estudos de neuroimagem, 62-64
modelo córtico-estriado-tálamo-cortical (CETC), 64-66
Análise de custo-benefício, 162
Anorexia nervosa (comorbidade), 47-48
Aprendizagem social, 112-113
Apresentações clínicas do TOC, 23-30
dúvidas, intolerância a incerteza e verificações, 25-26
medo de contaminação, lavagens excessivas e evitações, 24-25
modelo dimensional, 23-24
obsessões e compulsões por ordem, simetria, sequência ou alinhamento, 28-30
pensamentos repugnantes, 26-28

- Avaliação clínica, 136-151
encerramento e indicação do tratamento, 150-151
entrevista clínica e anamnese, 138-140
identificação dos indivíduos com TOC, 137-138
questões a serem esclarecidas, 140-147
 comorbidades, 145
 família e sintomas, 145-146
 gravidade, 142-143
 história pessoal, 146
 história social, 147
 influências ambientais, 146-147
 interferência na rotina, 142-143
 mapa do TOC, 141-142
 medicamentos em uso, 147
 problemas médicos e psiquiátricos, 147
 sintomas OC ao longo da vida, 143-144
 sintomas OC atuais, 140-141
 tempo diário ocupado pelos sintomas, 142-143
 tratamentos anteriores, 144-145
preditores de resultados, 147-150
 insight, 148
 motivação, 148-149
- Avaliação periódica do andamento da TCC, 177-178
revisão da lista ou do questionário de sintomas, 177-178
uso de escalas, 177
- B**
- Bases biológicas do TOC, 55-73
alterações de volumes cerebrais, 61-62
alterações neurofisiológicas, 62-66
disfunções neuropsicológicas, 66-68
fatores neuroprotetores e neurotóxicos, 68-69
gânglios basais, 58-61
genética, 69-71
neuroquímica cerebral, 56-58
problemas neurológicos, 58
- Biblioterapia, 161
- Bulimia nervosa (comorbidade), 47-48
- C**
- Checagens, 226-227 *ver também* Verificações
- CID-10, 36-37
- Comorbidades com o TOC, 45-50, 145, 185-186, 322-326, 396
abuso ou dependência de álcool ou drogas, 47
anorexia nervosa, 47-48
bulimia nervosa, 47-48
compulsão alimentar periódica, 47-48
depressão, 45-46
esquizofrenia, 48-49
ideação suicida, 45-46
transtorno bipolar, 49
transtorno da personalidade *borderline*, 50
transtorno da personalidade esquizotípica, 49-50
transtorno de déficit de atenção/hiperatividade, 47
transtornos de ansiedade, 46-47
- Compras compulsivas (no diagnóstico diferencial), 43-44
- Compulsão(ões), 18-20, 27-30, 47-48, 141-142, 193, 338-339
 alimentar periódica (comorbidade), 47-48
 compulsões mentais, 19
 de limpeza, 193, 338-339
 e transtornos neurológicos e mentais, 19-20
 rituais compulsivos e rituais culturais, 19
- Contaminações, medo de, 24-25 *ver também* Medo de contaminação e lavagens excessivas
- Crenças disfuncionais, 85-91, 221-223 *ver também* Modelo das crenças disfuncionais no TOC
- Crianças e TOC, 286-287 *ver também* Infância e adolescência e TOC
e acumulação compulsiva secundária, 286-287
- Criticismo no ambiente familiar, 341
- D**
- Depressão (comorbidade), 45-46, 322-323
- Diagnóstico do TOC, 33-52
 comorbidades, 45-50
 diferencial, 37-45
 nos sistemas classificatórios, 34-37
- Disfunções neuropsicológicas no TOC, 66-68
 capacidade de tomar decisões, 67
 déficits de memória em verificadores, 67
 déficits em funções executivas, 66-67
 déficits no controle inibitório de comportamentos, 67
 flexibilidade mental, 67-68
 viés de atenção, 68
- Drogas, abuso ou dependência de (comorbidade), 47

DSM-IV, 35-36
 DSM-5, 34-35, 36, 285-286
 Dúvidas obsessivas e verificações compulsivas, 215-235, 416-425
 crenças disfuncionais associadas, 221-223
 falta de confiança na memória, 224
 fenomenologia, 216-220
 lista de sintomas (formulário), 416-425
 modelo cognitivo das verificações compulsivas, 223
 neurofisiologia: modelos animais, 225
 tratamento, 225-228
 psicoeducação, 226-228
 TCC, 228-235
 verificações e dimensões do TOC, 220-221
 viés atencional, 224-225
 viés de memória, 224-225

E

Efeito urso branco, 91-92
 Eliminação do reforço, 110-111
 Entrevista clínica e anamnese, 138-140
 clima da entrevista, 139
 contato inicial, 139
 participação da família, 139-140
 Envolvimento familiar, 161-162, 321-322
 Escala de sintomas obsessivo-compulsivos Yale-Brown (Y-BOCS), 143, 426-429
 Espectro obsessivo-compulsivo, 370-374
 grooming disorders, 373
 transtorno da personalidade obsessivo-compulsiva, 373
 transtorno de acumulação, 373
 transtorno dismórfico corporal, 372-373
 Esquizofrenia (comorbidade), 48-49
 Estimulação, 310, 330
 cerebral profunda, 330
 elétrica, 310
 magnética, 310
 Estruturação das sessões de TCC, 174-175
 agenda da sessão, 174-175
 introdução de novas técnicas, 175
 ponte para a sessão anterior, 174-175
 prática de exercícios, 175
 reforço em psicoeducação, 175
 revisão das tarefas de casa, 175

verificação do humor, 174
 verificação dos níveis de ansiedade, 174
 verificação dos sintomas, 174
 Estudos de neuroimagem, 62-64
 áreas cerebrais e dimensões de sintomas, 64
 áreas cerebrais envolvidas no TOC, 63-64
 em indivíduos com TOC e normais, 63
 estudos de provação de sintomas, 63
 funcionamento cerebral antes e depois do tratamento, 63
 Evitações, 16, 20-21, 24-25, 141-142, 193-194
 e acomodação familiar, 21
 Exagero de avaliação do risco ou do perigo, 199
 Exercícios cognitivos na continuação do tratamento com TCC, 175-177
 avaliação da sessão pelo paciente, 177
 combinação de tarefas para casa, 176
 encerramento, 177
 resumo da sessão pelo terapeuta, 177
 revisão da medicação, 176-177
 Experiências *just right* e *not just right*, incompletude, 17-18, 264-265
 Experimentos comportamentais, 129-130, 257-258, 274, 296
 Exposição, 104-106, 207, 271
 Exposição e prevenção de resposta (EPR), 120, 166-169, 228-231, 251-253, 381-382, 402-403 ver também Terapia de exposição e prevenção de resposta (EPR)
 exercícios de, 166-169
 condições necessárias para a efetividade, 167-169
 escolha de tarefas, 167
 exposição gradual, 166-167
 rituais e evitações, 166
 para crianças e adolescentes, 402-403
 para obsessões de conteúdo agressivo ou sexual, 251-252
 para obsessões e rituais de conteúdo supersticioso, 257

F

Falhas nos tratamentos ver Tratamentos que não funcionam, 314-331
 Falta de confiança na memória, 230-231
 Família e TOC, 179, 337-349

- acomodação familiar, 341-344
 hostilidade e criticismo, 341
 impacto econômico e financeiro, 340
 interferência no funcionamento familiar, 338-340
 participação dos familiares nas sessões de TCC, 179, 344-348, 364-365
 auxílio na coleta de informações, 345-346
 auxílio na elaboração da lista de sintomas, 345-346
 contraindicação das sessões conjuntas, 346
 na terapia em grupo, 364-365
 participação ao longo da terapia, 346-348
 psicoeducação, 346
 após a alta e na prevenção de recaídas, 348-349
- Farmacoterapia** ver Medicamentos, uso de
- Fatores neuroprotetores e neurotóxicos**, 68-69
 BDNF, 68
 citocinas e interleucinas, 68-69
- Fatores psicológicos do TOC**, 77-93
 efeito urso branco, 91-92
 modelo cognitivo-comportamental, 82-85
 modelo comportamental, 80-82
 modelo das crenças disfuncionais, 85-91
 modelo metacognitivo, 91
 modelo psicodinâmico de Freud, 78-79
- Fenômenos sensoriais**, 17, 265-266
 percepções *just right*, 17
 sensações físicas, 17
- Formulários e instrumentos**, 415-444
 diário de sintomas ou Mapa do TOC, 432-433
 escala de acomodação familiar para o transtorno obsessivo-compulsivo, 439-444
 escala de sintomas obsessivo-compulsivos Yale-Brown (Y-BOCS), 426-429
 inventário de obsessões e compulsões (OCI-R), 430-431
 lista de sintomas do TOC, 416-425
obsessional beliefs questionnaire (OBQ-44), 436-438
 posso ter TOC?, 415
 registro de pensamentos disfuncionais, 434-435
- G**
- Gânglios basais e sintomas OC**, 58-61
 disfunção dos gânglios basais, 59
 infecções estreptocócicas, 59-61
 transtornos de tique ou transtorno de Tourette, 61
- Genética e TOC**, 69-71, 268, 288
 estudos de gêmeos, 69-70
 genes candidatos, 69-70
 polimorfismos genéticos, 69-70
 regiões envolvidas, 69-70
 TOC em familiares, 69
- Grooming disorders**, 382-386
 onicofagia, 383
skin picking, 383
- TCC**, 384-386
 tricotilomania, 383
- Grupos**, terapia cognitivo-comportamental em (TCCG), 351-368
 características do grupo, 358
 dificuldades e problemas práticos, 366-367
 estrutura das sessões, 358-363
 evidências de eficácia, 354-358
 histórico da TCCG para o TOC, 354
 participação da família, 364-365
 terapias de grupo em geral, 352-353
 vantagens, 365-366
- H**
- Habituação**, 159
- Hipervigilância**, 16, 22-23, 141-142, 195, 208
 redução da, 208
- Hipocondria**, 38-39, 378-382
 como diagnóstico diferencial, 38-39
- TCC**, 380-382
 exposição e prevenção de resposta, 381-382
 psicoeducação, 380-381
 reestruturação cognitiva, 381
- Hostilidade no ambiente familiar**, 341
- I**
- Ideação suicida (comorbidade)**, 45-46
- Imaginação, exposição na**, 228-229
- Incompletude**, 17-18, 264-265
- Indecisão**, 23, 220, 340
 interferência no funcionamento familiar, 340
- Infância e adolescência e TOC**, 390-410
 avaliação, 394-398
 farmacoterapia, 404-407

fases do desenvolvimento, rituais, pensamento mágico, 392
 manifestações, 392-393
 prevalência e incidência, 393
 tratamento, 398-404
Infecções estreptocócicas e sintomas OC, 59-61
 coreia de Sydenham, 60
 febre reumática, 60
 PANDAS, 60-61
Insight, 148, 320, 397-398
Intolerância a incerteza, 25-26, 201, 222-223, 227
Inventário de obsessões e compulsões (OCI-R), 143, 430-431

J

Jogo patológico (como diagnóstico diferencial), 43-44
Just right, 17, 264-265 *ver também Experiências just right e not just right, incompletude*

L

Lavagens excessivas, 24-25 *ver também Medo de contaminação e lavagens excessivas*
Lei da semelhança, 200-201
Lei do contato, 200
Lentidão obsessiva, 23, 220, 263, 340
 interferência no funcionamento familiar, 340
Lista dos sintomas, elaboração de, 163-164, 177-178, 271, 345-346, 402
 auxílio de familiares, 345-346

M

Manifestações do TOC, 13-31
 apresentações clínicas, 23-30
 compulsões, 18-20
 evitações, 20-21
 experiências *just right* e *not just right*, incompletude, 17-18
 fenômenos sensoriais, 17
 hipervigilância e viés atencional, 22-23
 lentidão obsessiva e indecisão, 23
 neutralizações, 21-22

nojo, 16-17
 obsessões, 15-16
Mapa do TOC, 141-142, 164-166, 402
 formulário, 432-433
Medicamentos, uso de, 303-310, 404-407
 alternativas, 309-310
 como tratamento preferencial, 304-305
 duração do tratamento, 309
 em crianças e adolescentes, 404-407
 associados à TCC, 407
 dosagens, 406
 duração do tratamento, 406
 estratégias de potencialização, 406-407
 monoterapia com clomipramina ou com ISRSs, 404
 resistências, 406-407
 segurança e tolerabilidade, 405-406
 falha nos tratamentos de primeira linha, 307-309
 aumento da dose, 308
 potencialização com antipsicóticos, 308
 resposta “insatisfatória”, 307-308
 troca de medicamento, 308
 juntamente com TCC, 309
modo de uso, 305-307
 aumento da dose, 305-306
 avaliação da efetividade, 306-307
 doses efetivas, 305-306
 efeitos colaterais, 306
 tempo de resposta, 305-306
 objetivos e critérios de resposta, 304
 primeiras escolhas, 305
 psicoeducação farmacológica, 304
Medo de contaminação e lavagens excessivas, 191-212, 338-339
 alterações neurofisiológicas associadas, 203-204
 consequências, 193-199
 erros no processamento da informação, 202
 fatores comportamentais, 203
 fatores etiológicos, 199-202
 interferência no funcionamento familiar, 338-339
 prevenção de recaídas, 211
 tratamento com TCC, 204-209
 técnicas cognitivas, 209-211
Memória, falta de confiança na, 230-231
Modelagem, 107, 208
Modelo cognitivo-comportamental do TOC, 82-85
 ampliações do modelo das avaliações erradas, 85
 origens das obsessões, 83-85

- premissas, 82-83
 - Modelo comportamental do TOC, 80-82
 - experimentos com voluntários humanos, 80-81
 - modelo animal, 80
 - relação funcional entre compulsões e obsessões, 81
 - Modelo córtico-estriado-tálamo-cortical (CETC), 64-66
 - funcionamento do circuito, 65-66
 - Modelo das crenças disfuncionais no TOC, 85-91
 - avaliação exagerada do risco, 87
 - avaliação exagerada sobre pensamentos, 88-90
 - crenças sobre a importância de controle dos próprios pensamentos, 89-90
 - fusão do pensamento e da ação, 88-89
 - pensamento mágico e as leis do contato e da semelhança, 89
 - intolerância à incerteza, 87-88
 - perfeccionismo, 90
 - responsabilidade excessiva, 86-87
 - Modelo metacognitivo do TOC, 91
 - Modelo psicodinâmico de Freud do TOC, 78-79
- N**
- Neurocirurgia, 309-310, 330
 - Neuroquímica cerebral e TOC, 56-58
 - anormalidades na função serotonérgica, 56-57
 - dopamina, 57
 - glutamato, 57-58
 - uso de drogas, 58
 - Neutralizações, 16, 21-22, 195-196
 - e rituais mentais, 22
 - Nojo, 16-17, 198-199
 - Not just right* ver Experiências *just right* e *not just right*, incompletude
- O**
- Obsessional beliefs Questionnaire (OBQ-44) (inventário), 436-438
 - Obsessões, 15-16, 27-30
 - comportamentos evitativos, 16
 - hipervigilância, 16
 - indecisão, 16
 - neutralizações, 16
 - rituais compulsivos, 16
- P**
- “Pare”, exercício, 229-230
 - Pensamento mágico, 200, 392
 - Pensamentos repugnantes, 26-28
 - de conteúdo blasfemo, 27
 - Obsessões de conteúdo inaceitável, 238-259, 327
 - de conteúdo agressivo, 241, 251-253
 - de conteúdo blasfemo, 243-244, 255-256
 - de conteúdo sexual, 241-242, 251-253
 - em relação à orientação sexual, 242-243, 254-255
 - escrupulosidade, 244-245
 - fenomenologia, 240-241
 - modelo cognitivo, 246-247
 - psicoeducação, 248-250
 - supersticiosos e rituais mágicos, 245-246, 256-258
 - tratamento com medicamentos associados, 258
 - tratamento com TCC, 247-258
 - Obsessões e compulsões por simetria, ordenação, sequência ou alinhamento, 261-275, 339
 - crenças disfuncionais, 266
 - dificuldade em parar, 266
 - escalas para mensurar sintomas, 268
 - fatores neurobiológicos, 268-269
 - eventos estressores, 269
 - genética, 268
 - modelo neurofisiológico, 269
 - neurofisiologia, 268
 - volumes cerebrais, 268-269
 - fenomenologia, 262-264
 - consequências familiares, 263-264
 - lentidão obsessiva, 263
 - psicopatologia, 264
 - fenômenos sensoriais, 265-266
 - incompletude e *not just right* e *just right*, 264-265
 - interferência no funcionamento familiar, 339
 - perfeccionismo, 266-267
 - tratamento, 269-274
 - técnicas cognitivas, 273-274
 - terapia de EPR, 270-273
 - Olhar fixo, 220
 - Onicofagia, 383
 - Ordem, obsessões e compulsões por, 28-30 ver também Obsessões e compulsões por simetria, ordenação, sequência ou alinhamento

- de conteúdo sexual inaceitável, 27
- de conteúdo supersticioso, 27-28
- de conteúdo violento ou agressivo, 26-27
- Perfeccionismo**, 90, 201, 266-267
- Poluição mental**, 197-198
- Prevenção de resposta (ou de rituais)**, 106-107, 207-208, 272-273
- Problemas neurológicos e sintomas OC**, 58, 284
 - e acumulação compulsiva, 284
- Processamento emocional**, 111-112
- Psicoeducação**, 120-122, 156-163, 175, 205-207, 226-228, 248-250, 270-271, 293, 346, 380-381, 398-399
 - análise de custo-benefício, 162
 - associação ou não de antiobsessivos, 163
 - biblioterapia, 161
 - de crianças, adolescentes e pais, 398-399
 - decisão de iniciar a terapia, 163
 - definições e funcionamento da TCC, 158
 - envolvimento da família, 161-162, 346
 - esclarecimento de mitos e dúvidas, 160-161
 - funcionamento da TCC no TOC, 159
 - habitução, 159
 - manifestações e causas do TOC, 157
 - modelo cognitivo-comportamental, 157
 - motivação do paciente, 162
 - sintomas do TOC, 157-158
 - TCC na prática, 158-159
 - tratamentos disponíveis, 158
- Q**
 - Questionamento socrático**, 123-124, 232, 250-251, 274
- R**
 - Reasseguramentos**, 195-196, 218-220, 340
 - interferência no funcionamento familiar, 340
 - Recaídas**, prevenção na TCC do TOC, 179-187
 - atualização sobre o TOC, 186-187
 - busca por comportamento semelhante aos demais, 185
 - chances de recaídas, 180-181
 - conversa consigo mesmo, 184
 - correção rápida de pensamentos catastróficos, 185
 - estratégias de prevenção, 182
 - identificação de situações-gatilho**, 182-183
 - lapses**, 181
 - lidando com os estresses da vida**, 185
 - não interrupção dos medicamentos**, 186
 - participação de associações**, 186
 - piora dos sintomas**, 182
 - preparação de estratégias de enfrentamento com antecedência**, 183
 - prevenção das consequências do lapso**, 184
 - redução da hipervigilância**, 184
 - revisões periódicas com o terapeuta**, 186
 - tratamento de comorbidades**, 185-186
 - uso de lembretes**, 184
 - vigilância**, 183
 - Reestruturação cognitiva**, 295-296, 381
 - Registro de pensamentos disfuncionais**, 122-125, 209-210, 231, 232, 434-435
 - formulário, 434-435
 - Responsabilidade excessiva**, 86-87, 201, 222
 - Rituais**, 16, 196, 392
 - compulsivos, 16
 - de limpeza, 196
 - em crianças e adolescentes, 196
 - S**
 - Sensações físicas**, 17
 - Sequência ou alinhamento, obsessões e compulsões por**, 28-30 *ver também Obsessões e compulsões por simetria, ordenação, sequência ou alinhamento*
 - Sessões de TCC**, 179
 - de reforço, 179
 - espaçamento, 179
 - estruturação das *ver Estruturação das sessões de TCC*
 - Sexo compulsivo (e diagnóstico diferencial)**, 43-44
 - Skin picking**, 43, 383
 - como diagnóstico diferencial, 43
 - Simetria, obsessões e compulsões por**, 28-30 *ver também Obsessões e compulsões por simetria, ordenação, sequência ou alinhamento*
 - Síndrome de Diógenes**, 284-285
 - Sintomas do TOC**, 169, 157-158 *ver também Manifestações do TOC*
 - avaliação da gravidade, 169

Substâncias, uso de, 44-45, 58
Superestimação da própria vulnerabilidade, 199-200

T

Tarefas iniciais da TCC para o TOC, 163-166, 209-211
 breve história dos sintomas, 166
 diário ou mapa do TOC, 164-166
 lista de sintomas, 163-164

Técnicas cognitivas na terapia do TOC, 117-134, 209-211, 231-235, 251, 257-258, 403
 cálculo de vantagens e de desvantagens, 132-133
 consulta a especialistas ou pesquisas, 132, 210-211, 233
 dificuldades práticas, 119
 exercício do tribunal, 126-127
 experimentos comportamentais, 129-130, 257-258
 identificação e registro de pensamentos e crenças funcionais, 122-125, 209-210, 231, 232
 quebra do pensamento dicotômico, 124
 questionamento sobre a necessidade de ter certeza, 124-125, 210, 232
 questionamento socrático, 123-124, 232
 indicações, 119-120
 introdução das técnicas à terapia de EPR, 120
 para obsessões e rituais de conteúdo
 supersticioso, 256-257
 pizza ou torta da responsabilidade, 127-128
 psicoeducação, 120-122
 reavaliação das condições necessárias para acontecer uma desgraça, 130-132
 seta descendente, 128-129, 232-233
 técnica das 2 teorias ou 2 alternativas, 125-126, 211, 233-235, 251
 para medos de contaminação, 125-126
 para pensamentos supersticiosos, 126
 testes comportamentais, 211, 233-235

Terapia cognitivo-comportamental (TCC) para o TOC, 155-171, 172-188, 191-212, 309, 319-321, 345-348
 a continuação da, 173-177
 avaliação periódica do andamento, 177-178
 estruturação das sessões, 174-175, 346-348
 espaçamento das sessões, 179
 impasses e não adesão aos exercícios, 178-179
 introdução dos exercícios cognitivos, 175-177
 participação da família, 179, 346-348

prevenção de recaídas, 179-187
 sessões de reforço, 179
 em conjunto com medicamentos, 309
 em grupo, 351-368 *ver também Grupos, terapia cognitivo-comportamental em*
 no tratamento de dúvidas obsessivas, 228-235
 no tratamento de medo de contaminações, 191-212
 o início da, 155-171, 345-346
 avaliação da gravidade dos sintomas, 169
 participação dos familiares, 345-346
 primeiros exercícios de EPR, 166-169
 psicoeducação, 156-163
 tarefas iniciais, 163-166
 que não funciona, 319-321

Terapia de exposição e prevenção de resposta (EPR), 99-114
 evidências de eficácia/efetividade, 113
 fundamentos, 100-104
 bases clínicas, 102-104
 precursores da terapia, 100-102
 mecanismos de mudança da EPR, 110-113
 aprendizagem social, 112-113
 eliminação do reforço, 110-111
 processamento emocional, 111-112
 técnicas comportamentais, 104-109
 adequação de tarefas e tempos na lentidão obsessiva, 108-109
 exposição, 104-106
 modelagem, 107
 prevenção de resposta, 106-107

Transtorno bipolar (comorbidade), 49, 323-324

Transtorno da personalidade *borderline* (comorbidade), 50, 325

Transtorno da personalidade esquizotípica (comorbidade), 49-50, 324-325

Transtorno da personalidade obsessivo-compulsiva (TPOC), 37-38, 325

Transtorno de acumulação *ver Acumulação compulsiva e transtorno de acumulação*

Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (comorbidade), 47, 324

Transtorno de tiques (como diagnóstico diferencial), 40-41, 61

Transtorno de Tourette (como diagnóstico diferencial), 40-41, 61

Transtorno dismórfico corporal, 39-40, 375-378
 características clínicas, 375-376

- como diagnóstico diferencial, 39-40
- crenças nucleares, 375-376
- prevalência, 375
- TCC, 376-378
- tratamento farmacológico, 376
- Transtornos de ansiedade (comorbidade), 46-47
 - de ansiedade generalizada, 46
 - fobias, 46-47
- Transtornos do controle dos impulsos (como diagnóstico diferencial), 42-43
- Transtornos globais do desenvolvimento (como diagnóstico diferencial), 41-42
 - doença de Wilson, 42
 - síndrome de Down, 423
 - síndrome de Prader-Willi, 42
 - transtorno do espectro do autismo, 41-42
- Tratamentos que não funcionam, 314-331
 - acomodação e envolvimento familiar, 321-322
 - comorbidades, 322-326
 - em alguns subtipos de sintomas, 326-327
 - acumuladores compulsivos, 326-327
 - obsessões de conteúdo inaceitável, 327
 - falha dos antiobsessivos, 318-319
 - falha na TCC, 319-321
 - ansiedade provocada pelos exercícios (falta ou excesso de), 320
- do terapeuta, 319
- falta de *insight*, 320
- falta de motivação, 320
- no vínculo ou na aliança terapêutica, 319-320
- rituais encobertos e neutralizações, 320
- paciente de manejo difícil ou complexo, 322
- paciente resistente ou refratário, 315-318
- sintomas muito graves e incapacitantes, 327-330
 - tratamento intensivo ambulatorial e domiciliar, 328
 - tratamento intensivo hospitalar, 328-330
- Tricotilomania (TTM), 43, 383

V

- Verificações, 25-26, 217-218, 220-221, 223, 226-227, 228, 229, 230 *ver também* Dúvidas obsessivas e verificações compulsivas
- abstenção de, 230
- prevenção das, 228, 229
- Viés atencional, 22-23, 141-142, 202, 224-225
- Viés de memória, 202, 224-225
- Volumes cerebrais, alterações no TOC, 61-62, 268-269